

DE LA

SALPINGITE TUBERCULEUSE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 25 novembre 1897, à 5 heures

PAR

Achille-Charles BEUVIGNON

Né à Meuse (Haute-Marne), le 31 mars 1873

Ex-préparateur de Chimie

Ex-interne provisoire des Hôpitaux

Lauréat de la Faculté de Médecine de Nancy

1^{re} Mention honorable (concours de première année)

1^{re} Mention honorable (concours de quatrième année, Chirurgie et Accouchements)

Examineurs : { MM. HEYDENREICH, président.
CHRÉTIEN, professeur.
FÉVRIER, agrégé.
FROELICH, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1897



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE LA

SALPINGITE TUBERCULEUSE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 25 novembre 1897, à 5 heures

PAR

Achille-Charles BEUVIGNON

Né à Meuse (Haute-Marne), le 31 mars 1873

Ex-préparateur de Chimie

Ex-interne provisoire des Hôpitaux

Lauréat de la Faculté de Médecine de Nancy

1^{re} Mention honorable (concours de première année)

1^{re} Mention honorable (concours de quatrième année, Chirurgie et Accouchements)

Examineurs :

{ MM. HEYDENREICH, président.
CHRÉTIEN, professeur.
FÉVRIER, agrégé.
FROELICH, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1897



FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I ☉.

Doyen honoraire : M. TOURDES, O ✱, I ☉.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O ✱, I ☉, HERRGOTT ✱, I ☉,
HECHT ✱, I ☉, BEAUNIS ✱, I ☉.

Clinique médicale	M. BERNHEIM, ✱ I ☉, professeur.
Clinique chirurgicale	M. GROSS, ✱ I ☉, professeur.
Physique médicale	M. CHARPENTIER, I ☉, professeur.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ☉, professeur.
Clinique chirurgicale	M. HEYDENREICH, I ☉, professeur.
Pathologie externe	M. WEISS, I ☉, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, I ☉, professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ☉, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, I ☉, professeur.
Médecine légale	M. E. DEMANGE, I ☉, professeur.
Hygiène	M. MACÉ, I ☉, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale	M. SCHMITT, I ☉, professeur.
Anatomie pathologique	M. BARABAN, I ☉, professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, I ☉, professeur.
Physiologie	M. MEYER, A ☉, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. SIMON, I ☉, professeur.
Histologie	M. PRENANT, A ☉, professeur.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, A ☉, professeur.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER, I ☉, ag. lib., ch. du cours.
Clinique des maladies des vieillards	M. P. PARISOT, A ☉, ag. l., ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, A ☉, ag., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. FÉVRIER, ✱, A ☉, ag., ch. du cours.
Accouchements	M. SCHUHL, ag., chargé du cours.
Clinique des maladies mentales	M. N...

Agrégés en exercice

MM. GUÉRIN, I ☉.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A ☉.	GUILLOZ, A ☉.	LAMBERT.
FÉVRIER, ✱, A ☉.	FROELICH.	
ETIENNE.	SCHUHL.	

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN ✱, I ☉, ROHMER, I ☉, VAUTRIN, A ☉,
REMY, A ☉, P. PARISOT, A ☉.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✱, A ☉, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PÈRE

A MA CHÈRE MÈRE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE, MON MAÎTRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR HEYDENREICH
DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MES MAÎTRES EN CLINIQUE
MESSIEURS LES PROFESSEURS SPILMMANN,
PARISOT ET ROHMER

INTRODUCTION

Au mois de novembre 1895, venait à la clinique de M. le professeur Heydenreich une femme adressée par le docteur Charles Lévy, qui la soignait depuis quelque temps déjà pour des accidents fébriles à forme intermittente. La température prise à partir de son entrée à l'hôpital ne fut qu'une fois au-dessus de la normale.

On constata à l'examen l'existence dans le flanc droit d'une tumeur du volume d'une mandarine, en forme de poire, occupant la région de la trompe. Cette tumeur fut, pour certaines considérations signalées dans l'observation, diagnostiquée salpingite tuberculeuse et opérée. La malade guérit.

Mon maître, M. le professeur Heydenreich, me donna l'étude de ce sujet comme objet de ma thèse inaugurale. Je l'ai entreprise et je donne comme résultat de mes recherches les pages qui vont suivre. Elles n'ont rien de bien neuf, ni de bien original et je ne puis dire *exegi monumentum*. Je serai heureux si je puis avoir épargné quelques recherches, parfois très ardues, à ceux qui, après moi, reprendront cette question.

On voudra bien me pardonner d'avoir abandonné le traditionnel « nous », l'employant seulement dans les cas où j'avais à exprimer, non mon opinion, mais celle d'une collectivité.

Parvenu au terme de mes études, qu'on me permette d'exprimer ma gratitude à ceux qui, depuis six ans, m'ont donné leur enseignement et leurs conseils. Merci à mon

maître, M. le professeur Heydenreich d'avoir guidé mes pas dans la science chirurgicale, de m'avoir conseillé mon sujet de thèse et d'en avoir accepté la présidence, à Messieurs Spillmann et Parisot, de qui je suivis l'enseignement en clinique médicale, à M. Garnier, professeur de chimie, qui pendant deux ans me donna ses conseils. M. le professeur agrégé Rohmer m'initia à la pratique longue et difficile de l'oculistique et pendant une année sut me montrer que la science n'exclut pas l'esprit, mais s'en agrément. MM. les professeurs agrégés Frœlich et Zilgien, plus près de moi par l'âge, furent plus que des maîtres, des amis.

Sur le point de les quitter, pour aller vivre l'absorbante vie de médecin de campagne, que mes camarades les docteurs Husson, Bouin, Dupont, Braun me permettent de les remercier de leur cordiale amitié.

CHAPITRE I^{er}

Historique.

L'histoire de la tuberculose tubaire est brève. Un silence presque absolu plane sur cette question jusqu'à l'époque des travaux de Bernutz, Goupil et de leurs élèves, Pelvet, Giraud. La première relation à ce sujet (non signalée dans l'*Index Americus*) mais rapportée par Brouardel dans sa thèse inaugurale, est le mémoire de Reynaud (*Archives de Médecine* 1831, volume xxvi, 1^{re} série, page 186).

Un peu après, Nivet (*Bulletin de la Société anatomique* 1836) signale la présence de matière tuberculeuse dans les trompes et les ovaires d'une jeune fille affectée d'aménorrhée, de toux habituelle et de diarrhée avec fièvre continue. Cruveilhier (*Anatomie pathologique* tome V) a laissé aussi quelques pages intéressantes sur ce sujet. En 1854 on a la thèse de Dufour sur la tuberculisation des organes génito-urinaires, des observations de Senn, Namias, Cruveilhier, Négrier.

Sur le conseil de Bernutz, Pillaud, dans une thèse assez courte, publie tous les faits connus de tuberculose de l'ovaire et des trompes. Les années 1864, 1865, 1866 sont surtout riches en documents. Pelvet un autre élève de Bernutz publie en 1863, 1864-1865, quatre observations de tuberculose tubaire trouvée à l'autopsie. On a aussi pour les mêmes années, les mémoires de Cornil et Fontan (*Bulletins de la Société anatomique*).

Mais le véritable travail d'ensemble fut la thèse de

Brouardel (*De la tuberculisation des organes génitaux de la femme*, thèse de Paris 1865). Longtemps ce travail est resté ce qu'il y avait de plus complet à ce sujet. Les lésions de la trompe y sont magnifiquement décrites. On retrouvera signalées dans ma thèse un certain nombre d'observations empruntées à cet ouvrage.

Pendant plusieurs années on ne va plus trouver que quelques observations ça et là, celles de Courty et de Gallard (1872 et 1873), Liouville (1873), Letulle (1878), Talamon 1878 (*in Bull. Société anatomique*). On arrive alors à la thèse de Vermeil (thèse de Paris 1880). Réunissant ses observations à celles de Brouardel, il présente 94 cas de tuberculose génitale avec 51 lésions des trompes. C'est plutôt une étude anatomo-pathologique que clinique. La même année voit éclore l'importante monographie de Hégar (*Genital tuberculose des Weibes*, Stuttgart 1880). Le premier, il rencontre le bacille de Koch dans la muqueuse des trompes.

Puis vient la thèse inaugurale de Spæth (*Ueber die tuberculose der weiblicher genitalien*, Strasbourg 1886) où sont relatés 119 cas de tuberculose génitale. On entre alors dans une nouvelle période, celle de l'intervention chirurgicale. La salpingite tuberculeuse est diagnostiquée sur le vivant et enlevée par la laparotomie. Hégar fit le premier cette opération et Wiedow en rapporte quatre cas (*Centralblatt für Chirurgie*). L'impulsion est donnée. Martin et Weinert publient dans le même périodique deux nouveaux cas. Münster et Orthmann font paraître une observation de pyosalpinx tuberculeux, opéré et guéri.

On trouve dans la *Semaine médicale* une observation intéressante de Jeannel de Toulouse, où une volumineuse

salpingite tuberculeuse fut d'abord prise pour une grossesse, puis pour un kyste de l'ovaire, et fut enlevée par la laparatomie médiane. Déjà des discussions nombreuses s'étaient élevées au sujet de la pathogénie de cette affection. Conheim, Verneuil, Derville, Fernet déclarant possible le contagé par le coït, de Sinéty le regardant comme non démontré, Reclus le pensant exceptionnel.

L'intervention a lieu en France avec Jeannel, Chandelux (*Province médicale*) — Routier et Horteloup. Dudefoy, Delagenière, Faure-Miller donnent des observations dans le *Bulletin de la Société anatomique*. Cornil et Terrillon en 1887 (*Archives de physiologie*) décrivent avec soin les lésions tuberculeuses de la trompe.

Monprofit (1), dans sa thèse, s'étend peu sur l'anatomie pathologique de cette question, mais étudie de main de maître le mode d'intervention dans les salpingites. Daurios (2) réunit dans sa thèse tous les cas connus où il y a eu intervention. Terrillon (3) rapporte quatre observations d'ablations d'annexes pour salpingite tuberculeuse. En Amérique, Wathson et Wilson (4), en Angleterre, Homans (5) publient de nouveaux cas. Depuis la thèse de De Massia (*Des salpingo-ovarites tuberculeuses*, thèse de Paris 1891), après le travail de Riche (*Gazette des Hôpitaux* 1893) la littérature médicale est à peu près muette : quelques observations, très courtes pour la plupart, semées ça et là dans les périodiques. Penrose et Beyca (*American journal of the medic. sciences* 1894 nov.), pu-

(1) Monprofit, thèse de Paris 1888.

(2) Daurios, thèse de Paris 1889.

(3) Terrillon, *Salpingite et ovarite*.

(4) Wathson et Wilson *American obstetrical Journal*.

(5) Homans, *The lancet* 1887.

blient quatre observations de tuberculose tubaire primitive. J'ai cherché dans tous les périodiques depuis 1891, date de la dernière thèse, et l'on trouvera rapportées dans la mienne les quelques observations que j'ai pu trouver au complet depuis cette époque.

CHAPITRE II

Pathogénie. — Etiologie.

Le temps n'est plus où l'on voyait dans la tuberculose une maladie générale, une diathèse en vertu de laquelle l'organisme faisait des tubercules. Villemin en démontrant la contagiosité de cette affection, Koch en en découvrant le bacille en ont fait une maladie parasitaire, primitivement locale, pouvant se généraliser et dont la cause directe est la pénétration de l'organisme par un élément pathogène capable de s'y développer. Toute tuberculose humaine est produite par le bacille de Koch, toute lésion à bacille de Koch est tuberculeuse.

Je me bornerai donc à signaler ici la possibilité de pseudotuberculoses, génitales. On n'en a pas encore cité d'observations, mais, on sait qu'au fur et à mesure que se font plus complètes et plus parfaites les recherches bactériologiques, plus nombreux également sont les cas de pseudo tuberculose pulmonaire d'origine aspergillaire ou zoogléique. C'est sans soulever un tolle général qu'on a pu dire, que les signes physiques et fonctionnels ne suffisaient pas pour affirmer tuberculose, si en même temps il n'y avait pas bacille de Koch. Je regarderai comme possible mais nullement démontrée la pseudo tuberculose tubaire.

Au début des recherches, la salpingite tuberculeuse, trouvaille d'autopsie semblait toujours devoir s'accompagner de lésions des autres organes et en particulier du poumon. On était alors sous l'influence de la loi énoncée par Louis, expression de nombreux faits cliniques en

vertu de laquelle « après quinze ans il n'y a pas de tubercules dans les autres organes s'il n'y en pas dans le poumon. Mais on s'aperçut peu à peu qu'il y avait des cas où la lésion tubaire avait évolué seule ou débuté la première. La tuberculose étant une maladie parasitaire nous ne sommes plus embarrassés pour expliquer ces cas, la lésion se développe au point inoculé quelque soit ce point, pourvu qu'il offre au parasite un milieu propre à son développement.

Il est intéressant de chercher par quelle voie la trompe se trouve atteinte, Avec Riche (*Gazette des Hôpitaux*), 1893 page 503 et suivantes) j'admettrai

A) que le contagé peut venir du dehors.

a) chez une femme non tuberculeuse. C'est la tuberculose génitale primitive;

b) chez une femme tuberculeuse. C'est la tuberculose génitale primitive secondaire.

B) ... du dedans

a) infection par contiguité (contagion ou l'intestin déjà atteints);

b) par généralisation ou voie vasculaire. Etudions l'infection venue du dehors, la contagion par voie ascendante. Nombre d'observateurs ont ici en vue la contagion par le coït. Cette opinion a été formulée depuis peu et est encore considérée comme une hérésie par certains auteurs. C'est dans Conheim (*La tuberculose au point de vue de l'infection*, traduction de Musgrave. Clayes, 1882.) qu'on la trouve exprimée pour la première fois. « Il est au moins admissible dit-il qu'un homme puisse dans le coït avec une femme atteinte de tuberculose utérine contracter une tuberculose uréthrale et c'est

assurément, ajoute-t-il, une question qui mérite d'être étudiée que celle de savoir si un homme atteint de tuberculose du poulmon ou de tout autre organe ne peut pas par l'intermédiaire du sperme, au cas bien entendu où le virus passerait dans le liquide séminal, transmettre la maladie à la muqueuse génitale de la femme ». L'année suivante Verneuil reprenait la même opinion dans une lettre adressée au professeur Fournier (*Gazette Hebdomataire* 1883). « Le tuberculose génitale indépendante de la scrofule naît peut-être simplement à la suite du coït, par contagion directe, c'est-à-dire par progression du microbe à travers les voies génitales inférieures jusqu'à un point de l'appareil où il trouve toutes les conditions locales favorables à son développement »; mais il ajoute : « cependant il faut accumuler les preuves avant d'affirmer démontrée la transmission de la tuberculose par voie génitale ».

Que de la matière tuberculeuse mise au contact de la muqueuse génitale puisse y déterminer de la tuberculose, que chez un homme atteint de lésions de l'épididyme, du testicule de la prostate ou du canal urétral le sperme pendant le coït puisse entraîner quelques parcelles tuberculeuses ou contenir lui-même des bacilles et par suite occasionner chez une femme une tuberculose génitale, c'est ce qu'il est assez rationnel d'admettre. C'est ce que tendent à prouver les expériences de Cornil et de Doblorowsky (cité par Cornil *Leçons sur l'Anatomie Pathologique des métrites*, Paris 1883). En injectant sans traumatisme de la matière tuberculeuse dans le vagin de cobayes ils ont obtenu de la tuberculose utérine. Mais moins démontrée me semble la possibilité d'une contagion par le sperme d'un homme tuberculeux

dont les organes génitaux sont sains. C'est cette hypothèse que Verchère semble cependant admettre pleine et entière dans sa thèse « sur les portes d'entrée de la tuberculose ». Il cite à l'appui de deux cas cliniques qui malheureusement prouvent peu — Charles Fernet (26 XII 1884 *Société médicale des hôpitaux*) reprend cette question et apporte à la traiter certainement plus d'éloquence et d'enthousiasme que de rigueur scientifique.

Sa première observation est celle d'une jeune femme de 25 ans qui est venue se faire soigner à son service pour une tuberculose génitale et quelques signes peu avancés de tuberculose pulmonaire. A partir de 22 ans, elle aurait vécu maritalement avec un homme (le seul qu'elle ait connu) malade de la poitrine, qui l'aurait quittée au bout de deux ans, pour aller se faire soigner dans son pays, où il meurt pendant le séjour de la femme à l'hôpital. Elle aurait eu au mois d'août de l'année précédente une poussée de pelvipéritonite et pendant son séjour à l'hôpital on assiste à un épisode complet de péritonite tuberculeuse. Elle s'ouvre dans le vagin et on trouve des bacilles dans le pus — Mais cette femme a eu, rapporte l'observation, des manifestations de scrofule dès sa jeunesse, sa mère est morte phthisique et il est vraiment bien dommage que Fernet ne nous dise pas ici si son amant avait oui ou non de la tuberculose génitale. Ne serait-ce pas plutôt un cas de tuberculose par cohabitation dans un organisme d'ailleurs prédisposé par l'hérédité.

La seconde observation ne prouve pas d'avantage — Il s'agit d'une négresse atteinte de tuberculose des annexes qui a vécu avec un blanc phthisique, dont elle a eu trois enfants — Fernet oublie de signaler l'état des organes

génitaux de l'amant, de nous dire si l'épididyme était atteint, si le testicule n'était pas tuberculeux, et si nous les supposons indemnes de toute lésion, comment expliquer que par « le coït le bacille du poumon ait pu passer dans l'utérus et les annexes » (Reclus. *Gazette Hebdomadaire* 1885). A cela les partisans de cette opinion m'objecteront que Landouzy et Martin ont obtenu six résultats positifs en injectant du sperme de cobayes tuberculeux sans lésions génitales dans l'utérus de cobayes femelles, que Curt Jani a trouvé un bacille sur une coupe de testicule sain. Cette affirmation de l'auteur allemand est bien un peu étrange et je dirai que la différence est grande entre l'effraction violente dont étaient obligé de se servir Landouzy et Martin et les rapports qui existent entre homme et femme. Que la tuberculose se soit déclarée dans des utérus après leurs expériences, cela prouve seulement que la contagion par cohabitation se fait dans l'organe qui offre le moins de résistance. Ils avaient mis l'utérus dans des conditions spéciales.

Gærtner prétend que le sperme de tuberculeux peut contenir des bacilles exceptionnellement et en petit nombre ; et malgré cela, tous ses essais de fécondation de femelles par des mâles manifestement tuberculeux et même à manifestations testiculaires bien nettes n'ont jamais amené la tuberculose génitale chez la femelle, Des femelles vivant avec des mâles tuberculeux sont devenues tuberculeuses, mais cela n'est que la preuve expérimentale de l'infection possible par cohabitation déjà démontrée en clinique (Gærtner, cité par Macé *Traité de bactériologie*, 3^e édition page 536).

D'ailleurs pourquoi incriminer le sperme lorsqu'il y a

d'autres agents plus directs, plus efficaces pour disséminer les bacilles qu'un tuberculeux répand autour de lui.

La contagion peut se faire par le linge et les doigts. Il est d'un autre côté tout une catégorie d'observations de tuberculoses génitales qui ne sauraient relever de processus étiologique. Ce sont ces tuberculoses sexuelles que l'on trouve chez les vierges et les toutes petites filles.

L'infection par le coït avec un homme présentant des lésions génitales bien nettes est chose rationnelle, dans le cas contraire je la pense non démontrée et je ne puis l'admettre.

B. Infection venue du dedans.

a) Elle peut se faire par contiguité. Une tuberculose intestinale ou péritonéale pourrait amener une lésion de la trompe. C'était l'opinion de Cruveilhier, Aran, Namias. Cruveilhier déclarait que chaque fois que la trompe était atteinte dans sa partie large il fallait incriminer la lésion péritonéale. Namias (*Lo Sperimentale* 1850) voyait dans le pavillon de la trompe une bouche destinée à absorber la matière tuberculeuse du péritoine.

b) Par voie vasculaire. Ce que l'on relève dans nombre de cas, c'est l'antériorité de la lésion de l'utérus ou des annexes.

La lésion tuberculeuse de la trompe est souvent primitive, mais ce que l'on note parfois c'est la présence dans les antécédents d'un accouchement, d'un avortement, d'une salpingite catarrhale. Il y aurait eu une infection ordinaire septique et le bacille introduit dans la circulation par la voie pulmonaire ou digestive se serait fixé sur la trompe enflammée comme sur un lieu de moindre résistance.

Mais pourquoi trouve-t-on si rarement atteintes les voies premières, vagin et utérus ; pourquoi y a-t-il une prédilection si marquée pour la trompe, car pour 94 cas de tuberculose génitale la trompe est prise 51 fois dont 19 fois seule. Pozzi (1) en voit la raison dans une disposition anatomique et physiologique, « La muqueuse des trompes, très riche en replis, non sujette à la mue menstruelle comme celle de l'utérus, se prête admirablement à la rétention des germes morbides qui ont pu y parvenir. La vitalité intense de la muqueuse utérine, sa desquamation partielle à chaque époque des règles sont sans doute sa principale défense contre les bacilles. Quant au vagin, il est protégé par l'épaisse couche stratifiée de son épithélium et peut-être aussi par la concurrence vitale des germes nombreux auxquels il donne toujours abri.

(1) Pozzi, *Gynécologie*, page 330.

CHAPITRE III

Fréquence.

Lawson Tait va presque à nier la tuberculose tubaire. Cependant cette lésion, bien que peu connue, est loin d'être une exception, une rareté. On la trouverait bien plus souvent si on pratiquait l'autopsie complète des femmes phtisiques mortes dans les services de médecine.

Schramm (1), observant à Dresde, trouva 34 cas de tuberculose tubaire sur 3.386 autopsies, soit 1 pour 100, et 4, 2 pour 100 si on ne tient compte que des autopsies phtisiques. Martin (*Ueber Tübenerkrankheit*, LIX, Congrès des naturalistes allemands) trouve dix fois la tuberculose dans 287 salpingites, soit 3,3 pour 100.

Cornil trouve une salpingite environ dans 50 à 60 autopsies de femmes phtisiques. Vermeil, cité par De Massia (Thèse de Paris 1891) donne la statistique suivante. Sur 94 cas de tuberculose génitale, la trompe était prise 51 fois,

soit 19 fois seule,

11 fois avec l'ovaire,

7 fois avec l'ovaire et l'utérus,

13 fois avec l'utérus,

1 fois avec l'utérus et le vagin.

Sur 72 cas de tubercule génitale rassemblés après la statistique de Vermeil, il y a 64 fois lésion des trompes,

(1) Schramm, *Contribution à l'étude de la tuberculose des trompes au point de vue anatomo-pathologique*. Archives für gynécologie. Bulletin XIX).

Elles sont prises 19 fois avec l'utérus et 45 fois isolément ou avec l'ovaire.

On trouve la salpingite tuberculeuse à tous les âges, dans la première enfance (3 mois) et l'extrême vieillesse (83 ans), mais surtout à la période d'activité sexuelle.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique.

Faite au point de vue macroscopique et par suite incomplète dès les premières observations, l'étude anatomo-pathologique de la salpingite tuberculeuse est véritablement due à Cornil et à Terrillon. (Cornil. *Anatomie pathologique des salpingites et des métrites in Archives de Tocologie*). Dès 1864 Cornil avait examiné au microscope les pièces fournies à la Société anatomique par Pelvet. C'est de ce savant maître que je m'inspirerai souvent au cours de ce chapitre.

Lorsqu'on ouvre l'abdomen d'une femme atteinte de salpingite tuberculeuse ce qui frappe ce sont les nombreuses modifications subies par l'excavation pelvienne. Des poussées fréquentes de pelvipéritonite sont, comme nous le verrons, une des marques caractéristiques de l'affection. Il en résulte une masse considérable de fausses membranes, masquant plus ou moins les organes suivant que le début de l'affection remonte plus ou moins loin. Modifiées dans leur forme et leur situation, les trompes sont généralement placées en arrière de l'utérus, occupant le cul-de-sac de Douglas. Ce sont là deux tumeurs flexueuses, bosselées, généralement du volume du pouce adhérentes à la paroi postérieure de l'utérus.

Exceptionnellement le cul-de-sac de Douglas est libre, la trompe pouvant occuper l'espace compris entre l'utérus et la vessie et contracter des adhérences avec ces deux organes. Plus rarement encore les relations avec le gros intestin, cœcum ou S iliaque pourraient entraîner

les trompes plus haut que leur situation normale. C'est l'inverse qui a généralement lieu, l'intestin venant à la suite des trompes dans le cul-de-sac de Douglas.

Ce que l'on note fréquemment, ce sont les altérations propres à la péritonite tuberculeuse, anses intestinales agglomérées entre elles, granulations sur le péritoine et surtout sur le péritoine pelvien. Dans les cas anciens on peut trouver la cavité du petit bassin à peu près fermée, épiploon, intestin, utérus, annexes adhérents entr'eux. Il peut parfois en résulter comme dans l'observation de Fontan (*Bulletin de la Société anatomique*, 1864) une sorte de cavité formée par de fausses membranes et contenant un liquide citrin. Il peut même se faire à la suite de l'infiltration tuberculeuse de véritables abcès pouvant s'ouvrir dans l'intestin, dans la vessie ou à la paroi. Un caractère spécial de ces néoformations consiste en leur dureté et leur extrême résistance. Tandis que dans les salpingites vulgaires, l'isolement de l'organe est chose facile, dans les cas de lésion tuberculeuse, au contraire, l'énucléation est excessivement laborieuse. C'est ce qu'avait remarqué Terrillon auquel j'emprunte les lignes suivantes : « Il y a un caractère assez différent de celui qu'on rencontre dans les autres salpingites où la séparation des organes malades avec les parois du bassin est en général facile. On peut difficilement enlever les abcès tuberculeux de ces régions sans les rompre avant l'ablation totale. On est souvent obligé de les drainer et de les laisser en place. »

Parfois le péritoine n'est pas lésé. Maurice Letulle (*Bulletin de la Société anatomique*, 1878) en rapporte un cas. Il s'agit d'une femme de vingt ans, morte de tuberculose pulmonaire arrivée à la période caverneuse.

présentant une sereuse péritonéale intacte, intégrité d'autant plus frappante qu'il y avait une tuberculose assez avancée de l'utérus et des trompes. Le pavillon de la trompe ne serait donc pas comme le voulait Namias (1) l'orifice évasé d'un entonnoir destiné à recueillir l'infection venue du péritoine mais plutôt comme le dit Monprofit (2) le pavillon d'une trompette soufflant l'infection sur ce même péritoine.

Quelles sont maintenant les lésions tubaires. La trompe est d'ordinaire augmentée de volume, épaisse et dure. Elle peut avoir conservé sa forme, ne présenter ni bosselures, ni sinuosités. Dans l'observation précitée de Letulle, la trompe droite a conservé sa forme et rappelle absolument comme aspect et consistance un canal déférent envahi par l'infiltration tuberculeuse. D'ordinaire, la trompe décrit un grand nombre de sinuosités, entoure l'ovaire généralement aplati et sclérosé, englobé dans le pavillon de la trompe au milieu d'adhérences dont il est difficile de le séparer.

D'après Cornil les lésions tuberculeuses portent toujours sur les deux tiers externes de la trompe, exceptionnellement sur son tiers interne. C'est au tiers externe qu'elle présenterait son maximum de déformation. La trompe est irrégulièrement dilatée, de volume variant de la grosseur de l'index ou du pouce à celle du poing (cas de M. Heydenreich) ou même d'avantage (cas de Jeannel) jusqu'à faire penser sur le vivant à une grossesse ou à un kyste ovarique. On a tantôt affaire à l'augmentation de volume des tuniques, tantôt à la dilatation de la cavité

(1) Namias, *Lo Spermientale*, 1850.

(2) Monprofit, *Des salpingo ovarites* (Thèse Paris 1888).

salpingienne par un liquide kystique. Rarement la dilatation occupe toute la longueur de la trompe ; d'ordinaire comme je l'ai déjà dit, le tiers externe est surtout frappé, l'augmentation de volume étant due vraisemblablement dans nombre de cas à un abcès caséux de la paroi tubaire, abcès ayant communiqué ou communiquant encore avec la cavité salpingienne.

J'ai déjà montré qu'en nombre d'observations les franges du pavillon accolées entre elles et englobant l'ovaire fermaient la cavité de la trompe du côté du péritoine, et permettaient ainsi, sans écoulement de produit tuberculeux dans cette grande séreuse la formation d'un kyste plus ou moins volumineux. Le pavillon ai-je déjà dit, peut adhérer à l'ovaire, on peut le trouver également fixe à l'utérus, l'intestin, la paroi pelvienne. D'ordinaire, la surface péritonéale de la trompe montre des granulations tuberculeuses et on y voit par transparence la couleur jaune cuir de botte (Cornil) indiquant l'infiltration caséuse de la paroi. On peut également sentir ces tubercules à la pression comme dans l'observation de mon maître, M. Hydenreich.

A l'ouverture, on trouve la trompe remplie d'une matière jaunâtre à moitié solidifiée présentant les caractères classiques du caséum tuberculeux, ou au contraire, quelquefois, on a à faire, comme dans deux cas de Terrillon à un liquide verdâtre, puriforme, à peine louche ; la paroi était nettement infiltrée ; dans un cas toute la cavité salpingienne était distendue, dans un autre cas une partie seulement au voisinage du pavillon.

Généralement on trouve la muqueuse altérée ; la cavité salpingienne étant restée intacte. C'est ce qui se

présentait dans le cas de Letulle déjà cité, où le canal de la trompe fut ouvert jusqu'au bord de l'utérus, où la muqueuse paraissait saine, et où la paroi transformée en un tube rigide était farcie de tubercules.

La partie interne de la trompe est généralement indemne, l'ostium utérinum perméable expliquant la possibilité de l'écoulement par l'utérus du liquide salpingien.

Si je passe maintenant à l'étude microscopique on voit que dans le cas de Jeannel la paroi était celle d'un abcès froid. Ce qui domine c'est la forme interstitielle, le processus ayant envahi indistinctement les trois tuniques et donnant lieu souvent à des tubercules faciles à voir et à sentir. La forme miliaire est exceptionnelle, surtout si on n'y fait pas rentrer le semis de granulations miliaires que l'on trouve fréquemment sur le péritoine tubaire, cas où l'on rencontre un noyau caséeux dans la trompe.

C'est à Cornil que je vais emprunter la description suivante :

« Lorsqu'on fait une section transversale du conduit tubaire on constate un épaissement considérable de la paroi qui présente en effet une teinte jaune et opaque en même temps que la lumière de la trompe est dilatée et remplie de pus caséeux. Il s'agit alors de tuberculose ancienne de la trompe.

« Dans des cas plus récents, les coupes transversales, après durcissement dans l'alcool, montraient un épaissement de la paroi et des végétations très hypertrophiées, très ramifiées. Dans l'épaisseur et à la surface interne de ces végétations et villosités, on trouvait très souvent des cellules géantes considérables, avec des noyaux multiples,

ovoïdes, affectant souvent la forme de bâtonnets repliés, sinueux ou arborisés. La surface libre des villosités et des plicatures était tapissée partout de cellules cylindriques à cils vibratiles. Par place, ces cellules étaient modifiées en transformation muqueuse et granuleuse, ou bien elles étaient desquamées et libres dans du mucus, avec quelques globules de pus. La coloration de cinq coupes avec la rubine dans le but de chercher les bacilles de la tuberculose ne nous en a pas fait découvrir. Il y avait dans ces cas quelques figures de karyokinèse dans des cellules volumineuses situées près des cellules géantes. En outre des cellules géantes et des petits follicules tuberculeux développés dans les végétations, il y avait des follicules plus ou moins nombreux contenant des cellules géantes dans la paroi fibro-musculaire du conduit. » (Cornil passim).

Cornil a trouvé le follicule tuberculeux mais n'a pas trouvé le bacille. Hégar, Fernet, Jeannel, Werth, Orthmann l'ont rencontré dans leurs observations.

Lésions des organes voisins. — J'ai au début de cette étude suffisamment insisté sur les lésions du péritoine pelvien pour penser inutile d'y revenir. J'ai signalé également les relations que la trompe lésée pourrait avoir avec l'intestin. Le kyste salpingien peut s'ouvrir dans le gros intestin, (cœcum ou S iliaque). La partie adhérente de l'intestin peut subir la dégénérescence caséuse.

Fernet a signalé (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux, 1884*), un certain nombre de cas de tuberculose péritonéopleurale d'origine salpingienne. Il y aurait eu envahissement des ganglions lombaires et

mésentériques et de là, par la voie lymphatique propagation à la plèvre et au poumon.

Les organes urinaires sont généralement indemnes. Mais c'est l'ovaire et l'utérus dont les lésions accompagnent avec le maximum de fréquence les lésions des trompes.

Sur 94 cas de tuberculose, génitale rapportés par Vermeil, la trompe était prise 51 fois, 19 fois seule, 10 fois avec l'ovaire seul, 7 fois avec l'ovaire et l'utérus, 13 fois avec l'utérus seul, et 1 fois avec l'utérus et le vagin. En outre, dans les cas où l'ovaire ne prend pas part au processus tuberculeux, il n'en reste pas sain pour cela. Il se produit, dans son intérieur, un travail scléro-kystique qui est caractéristique de toutes les salpingo-ovarites.

Pour ce qui est de la tuberculose ovarienne on vient de voir que si ce n'était pas fréquence, c'était cependant loin d'être exception et une fois de plus encore je me trouve en contradiction avec un des maîtres de la gynécologie anglaise et avec Rokitansky pour qui elle n'existe pas. Brouardel dans sa thèse insistait déjà sur sa fréquence, Terrillon l'a rencontrée trois fois sur six observations de salpingite tuberculeuse et Daurios 12 fois sur 72. (De Massia, Thèse de Paris).

Nous avons déjà vu l'ovaire englobé dans le pavillon de la trompe et quelquefois entouré de tellement d'adhérences qu'il est impossible de le découvrir. Souvent des tubercules développés dans l'ovaire ayant subi la fonte caséuse y ont déterminé un abcès tuberculeux de volume variable, une noix, une mandarine, le poing et quelquefois plus.

Parfois le kyste s'étant rompu, des adhérences péritonéales peuvent entourer des collections très volumineuses.

Quant à la façon dont la tuberculose envahit l'ovaire elle semble suivre ici deux processus différents. (Vermeil) l'un exceptionnel, infiltration granuleuse qui frapperait tout l'organe. D'ordinaire c'est une tuberculose en foyer. On trouverait sur des coupes tous les stades de l'évolution tuberculeuse, depuis la granulation type jusqu'au tubercule caséifié. Il est malheureusement difficile d'étudier les lésions de l'ovaire à leur début, tout l'organe est souvent caséifié et souvent transformé en kyste purulent.

Ce que l'on trouve souvent à côté du tubercule ce sont des corps jaunes volumineux, tranchant sur la couleur grisâtre du reste de l'ovaire. Gallard voit là un arrêt de la vitalité du processus ovarique, semblable à celui qui au cours de la grossesse, conserve neuf mois un corps jaune.

Il va sans dire que lorsque les lésions salpingiennes sont unilatérales et je montrerai que Terrillon base là dessus un caractère différentiel des salpingites tuberculeuses, l'ovaire est sain du côté où la salpingite n'existe pas.

Quant à l'utérus ses lésions sont fréquentes. On sait que pour les inflammations vulgaires, Pozzi (*Traité de Gynécologie*) déclare que salpingite et métrite sont choses connexes et que, qui dit salpingite dit métrite, il y aurait métrosalpingite. Dans les cas de salpingite tuberculeuse on peut rencontrer un certain degré de métrite banale vulgaire. Mais fréquemment l'utérus est atteint. Il était plus frappé que les trompes dans une

observation de Letulle. En revanche il était sain dans le cas de M. Heydenreich. Il est frappé dans la majorité des cas que je cite plus loin et Brouardel, Vermeil donnent dans leurs thèses des exemples très nets des altérations de cet organe. Pour Cornil la tuberculose de la muqueuse utérine est parallèle à celle des trompes. (Discussion ayant suivi la présentation de Liouville à la société anatomique, juillet 1873).

CHAPITRE V

Symptomatologie.

L'évolution tuberculeuse peut se traduire dans la trompe par des signes physiques et fonctionnels différents et variables suivant les cas.

Il est une première forme dans laquelle la lésion tubaire passe inaperçue, où l'on ne songe pas à elle, où l'on est surpris de la rencontrer à l'autopsie de malades paraissant avoir succombé à d'autres maladies. Ces malades ont accusé de la céphalalgie, de la diarrhée, de l'inappétence, de la fièvre, de l'abattement, l'appareil symptomatique d'une maladie générale infectieuse. Suivant la prédominance des symptômes, on diagnostique, fièvre typhoïde, péritonite, pneumonie, méningite, mais pas un seul moment l'attention n'est attirée sur les organes génitaux. Les phénomènes généraux ont dominé le tout et on a cherché l'explication dans une localisation aux poumons, à l'intestin, aux méninges. L'autopsie vient démontrer que si ces organes sont atteints ils ne sont que le siège de lésions récentes et que la lésion primordiale est aux trompes. On rencontre cette forme principalement chez l'enfant. Mais on peut la trouver également chez l'adulte. Cayla (*Bulletin de la Société anatomique*, 1881) en rapporte l'exemple suivant :

Martineau (Marthe), 22 ans, domestique, entre le 9 février 1881, dans le service du docteur Robert Moulard-Martin (hôpital Cochin. Annexes). Elle jouit alors de bonne santé. Pas d'antécédents héréditaires. Elle entre à l'hôpital pour des crises nerveuses dont elle souffre depuis plusieurs années. La santé de-

meure excellente jusqu'au 9 avril époque où elle est prise tout à coup de saignements de nez, de diarrhée, d'abattement. La peau est chaude, humide. Ces phénomènes font songer tout d'abord à une fièvre typhoïde : rien ne manque au tableau. La congestion pulmonaire se révèle par des râles aux deux bases. La température présente les variations de la fièvre typhoïde, rémission matinale, ascension vespérale. La colonne mercurielle se maintient entre 39°5 et 40°. La roséole seule fait défaut. On ne peut constater qu'une tache d'aspect douteux. Le 10, la malade a quatre selles diarrhéiques bileuses. La tache a disparu. L'abattement paraît moindre. On lui prescrit le traitement de la fièvre typhoïde. Les quatre jours suivants l'état reste le même. Les règles, qui devaient arriver, ont manqué. La malade a un vomissement le 21 avril. Les jours suivants les vomissements persistent. Ils sont verdâtres, se font sans effort, reviennent fréquemment.

23 avril. — Ventre douloureux, ballonné, respiration gênée, pas d'ascite. Inappétence absolue, urines rares, très chargées. La malade prétend ne pas avoir uriné depuis plusieurs jours. On retire avec la sonde quelques gouttes d'une urine rouge. Les jours suivants l'état empire, les douleurs augmentent. On voit se dessiner sous la peau, dans le flanc gauche, un réseau veineux sous-cutané.

18 mai. — La maigreur a fait des progrès rapides. La malade a continué à avoir des vomissements et de la diarrhée. Elle a eu du délire pendant la nuit et meurt au matin dans le collapsus, après 40 jours de maladie.

Autopsie faite le 20 mai, 36 heures après la mort. Le grand épiploon adhère à la paroi par des adhérences nombreuses. Il est épaissi. Il y a un certain nombre de granulations disséminées dans toute son étendue. Il adhère aux parois du petit bassin. Péritoine pariétal épaissi au niveau des flancs. Anses intestinales distendues, recouvertes de granulations claires. Adhérences du péritoine avec le foie, foie graisseux. Péritoine pelvien remplacé par des fausses membranes, peu d'ascite. Vessie, ovaires, utérus sains. Ligaments larges, épaissis. Trompes augmentées de volume, entourées de fausses membranes. Leur

cavité est remplie d'un magma caséeux. Il en est de même du pavillon. Poumons, méninges, cœur sains. C'est donc un cas de tuberculose tubaire primitive, avec généralisation péritonéale, simulant une fièvre typhoïde. Cette forme ne peut malheureusement être diagnostiquée. Son importance clinique est donc restreinte. »

Dans d'autres cas l'attention est attirée davantage sur l'appareil sexuel. La lésion évolue d'une façon moins rapide, subaiguë en quelque sorte. Ce qu'il importe de noter ici c'est, une longue période prodromique dominée, caractérisée par les troubles menstruels. Il y a de l'aménorrhée, des règles douloureuses et irrégulières, des pertes blanches dans l'intervalle des règles, des douleurs abdominales sourdes exagérées au moment des règles et à la moindre fatigue, des névralgies sciatiques et lombaires. Cet état peut durer trois mois, un an ou même davantage. Les malades ont des journées douloureuses qui les force à s'aliter. Le repos amène un soulagement qui ne tarde pas à disparaître sous l'influence d'une fatigue, d'une course à pied ou en chemin de fer. Ces malades, obligées de passer leur vie au lit ou sur des chaises longues n'existent plus ni socialement ni sexuellement. Puis, un beau jour, à la suite de fatigues exagérées survient une pelvipéritonite. On en a tous les signes, ballonnement du ventre, douleurs spontanées et à la pression, surtout à la partie inférieure de l'abdomen, vomissements verdâtres porracés, parfois algidité. C'est dans cet état que la femme est amenée à l'hôpital. Ce qui frappe alors le médecin, c'est le mauvais état général de la malade. Elle est pâle, amaigrie. Elle a le facies grippé, les pommettes rouges, la peau d'ordinaire brûlante, le pouls petit et dépressible ; il faut joindre à cet ensemble les signes précé-

demment cités, ballonnement du ventre, douleurs spontanées et à la pression, vomissements.

L'examen direct est d'une difficulté extrême. La douleur à la pression est tellement vive que le moindre attouchement amène la contraction réflexe des muscles abdominaux. En procédant avec patience et délicatesse on arrive à sentir un empâtement de la région abdominale, une sorte de plastron plus ou moins induré qui, vers une des fosses iliaques semble continuer un empâtement mal limité occupant le ligament large.

On retrouve les mêmes difficultés pour le toucher vaginal. La douleur est très vive, on trouve le vagin chaud, le col de l'utérus immobilisé et dévié soit d'un côté soit de l'autre, suivant la place occupée par la tumeur tuberculeuse. Les culs-de-sac sont le siège d'un empâtement douloureux pouvant se limiter à l'un d'eux, embrasser une partie du col utérin à la façon d'un demi-anneau ou l'entourer tout entier avec prédominance dans l'un des ligaments larges. Si l'on combine le palper au toucher, on pourra sentir cet empâtement de l'une ou de l'autre fosse iliaque communiquant avec le plastron abdominal déjà précité. Les lésions tubo-ovariennes dans ces cas subaigus présentent donc au diagnostic une difficulté extrême. Elles sont compliquées de pelvipéritonite dont les symptômes bruyants masquent les manifestations salpingiennes plus discrètes.

Mais fréquemment, sous l'influence d'un traitement convenable (repos absolu, cataplasmes, opium, glace) on voit les signes de péritonite s'amender rapidement. Les vomissements cessent, le ventre est moins tendu, moins douloureux, et l'examen direct plus facile montre les lésions localisées dans les annexes. Cet amendement se

produit parfois en quelques jours, parfois en un mois ou deux et le diagnostic de lésion tubo-ovarienne s'impose. Il ne faudrait cependant pas conclure de ces cas où l'ensemble des phénomènes alarmants qui caractérisait l'attaque de pelvipéritonite a cédé, ne laissant plus que des lésions sans danger immédiat, que l'expectation et les adjuvants médicaux soient un traitement rationnel. Si l'on suit les malades qui ont vu évoluer vers la guérison leur poussée péritonéale on les voit succomber soit à la généralisation tuberculeuse, soit à de la méningite, soit à de nouvelles atteintes de péritonite (malade de Secheyron).

A signaler aussi comme complication possible et même fréquente l'ouverture des abcès tuberculeux dans les organes. Une malade de Fernet a son adénophlegmon tuberculeux qui s'ouvre dans la vessie. Le pus contenait des bacilles. Vermeil et Seuvre citent des cas où la collection salpingienne se fait jour dans le rectum et où la malade rend par l'anus des flots de pus. La tumeur diminue et les phénomènes généraux s'amendent. Chez la malade de Fernet déjà citée le pus se fait jour ensuite dans le vagin. L'écoulement est abondant et laisse sur la chemise des traces manifestement purulentes. La tumeur abdominale diminue, elle n'est plus grosse que comme un œuf de poule. Quelques jours après la fistule vaginale s'étant fermée il n'y a plus de pus dans le vagin et la tumeur abdominale augmente. Les douleurs abdominales reprennent, la fièvre s'éveille. Puis il y a de nouveau, ouverture dans le vagin, diminution de la tumeur abdominale et disparition des phénomènes péritonéaux.

Dans ces cas de salpingite tuberculeuse où prédominent les phénomènes péritonéaux, il ne faut pas trop

compter sur l'amélioration possible de ces phénomènes pour établir le diagnostic. Il devra être précoce pour que l'intervention soit utile. Je m'occuperai au chapitre suivant des signes qui pourront permettre au médecin la découverte de la lésion et de la nature de cette lésion.

La troisième forme que peut revêtir la salpingite tuberculeuse est la forme chronique. On signale ici les mêmes prodromes que précédemment. Il y a des règles irrégulières et douloureuses, de la leucorrhée, des douleurs hypogastriques. On signale des névralgies sciatiques et lombaires ; la malade a l'abdomen sensible, les fosses iliaques sont le siège de fréquentes douleurs. La malade ne quitte plus son lit sa chaise longue, maigrit et pâlit.

C'est à ce moment que le médecin est appelé. Il examine sa malade, pâle et affaiblie. Les phénomènes de réaction du côté du péritoine sont peu marqués ; il y a peu de douleurs à la pression. Le ventre n'est que modérément tendu. Le palper éveille dans les fosses iliaques, sur un seul côté de l'utérus ou parfois sur les deux, suivant que la lésion est simple ou double, une douleur obtuse. Il révèle aussi une induration, souvent diffuse, parfois nettement limitée, occupant les fosses iliaques et envahissant même l'hypogastre. Terrillon donnait comme signe de la nature tuberculeuse de la tumeur, la dureté et les bosselures qu'on y peut constater. A ce niveau il y a de la matité à la percussion.

Au toucher vaginal on peut noter des modifications dans la position de l'utérus et l'état des culs-de-sac. Le col est refoulé d'un côté et si on examine le cul-de-sac du côté opposé on peut y sentir une tumeur dure bosselée, allongée souvent dans le sens transversal. Si les deux annexes sont le siège d'une tumeur on peut sentir l'uté-

rus au fond du vagin, immobile et comme enclavé dans les deux productions morbides qui sont sur ses côtés. Le col utérin peut également être repoussé en avant du côté de la symphise pubienne et le cul-de-sac postérieur être le siège de la tumeur. La miction dans ces cas peut-être difficile, augmentée de fréquence.

Si l'on combine le toucher au palper on pourra avoir des renseignements plus complets sur le siège de la tumeur, sa consistance, sa mobilité plus ou moins grande, ses connexions avec l'utérus.

Jamais non plus on ne devra oublier le toucher rectal. D'une utilité primordiale lorsque la tumeur occupe le cul-de-sac de Douglas, il s'impose chaque fois que l'on a à faire à une vierge et que le toucher vaginal se trouve ainsi interdit (Brouardel, *Loco citato*). On pourra par le toucher rectal explorer la face postérieure de l'utérus et du côté des annexes remonter plus haut que par le toucher vaginal. On constatera d'un côté du petit bassin ou des deux l'existence d'une tumeur dure, marronnée, du volume d'une noix, du poing et même au-delà. Cette tumeur est rarement fluctuante même lorsqu'elle contient du pus (Siredey). L'explication de ce fait que la lésion tuberculeuse de la trompe a contracté de rapides adhérences avec le péritoine des organes voisins. Il peut y avoir eu une fonte purulente des noyaux caséeux, rupture des abcès, mais alors une poussée de péritonite pelvienne, à symptômes généraux souvent intenses, amène des adhérences puissantes formant une poche kystique aux produits de suppuration.

Il est un fait signalé par Routier dont il faudra chaque fois que ce sera possible constater l'existence. C'est l'écoulement purulent qui se fait par l'orifice utérin. Cet écou-

lement augmenterait par la pression dans la région ovarienne. Il serait intermittent, pouvant coïncider avec de véritables crises de coliques salpingiennes, et s'arrêter lorsque ces coliques sont passées. On aurait pu dans ce pus trouver des cellules géantes et le microbe spécifique de la tuberculose.

On devra toujours faire l'examen des autres organes. Les symptômes intestinaux, alternative de diarrhée et de constipation, difficultés de la défécation sont des phénomènes mécaniques dont on peut trouver la cause dans la présence d'une tumeur dans le cul-de-sac de Douglas. On pourra trouver d'autres organes atteints de tuberculose, ce qui au point de vue du diagnostic aura une importance très grande.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

Lawson-Tait considérant comme douteuse l'existence de la tuberculose tubaire en déclare le diagnostic impossible et d'ailleurs de peu d'utilité. Quelque grande que soit l'autorité du célèbre gynécologiste anglais je ne puis accepter cette opinion. Le diagnostic précoce de la tuberculose tubaire s'impose si l'on veut une intervention utile.

L'exposé des symptômes montre que si ce diagnostic est utile, sa difficulté est grande. Il faut au clinicien une expérience déjà consommée pour distinguer la salpingite des lésions annexiales. Plus ardue encore est la résolution du problème qui se pose lorsqu'on a une fois diagnostiqué salpingite. Quelle est l'origine de cette salpingite ? et cependant au point de vue du traitement, combien grande est l'utilité de cette solution, car si on peut espérer de moyens médicaux la guérison d'une salpingite catarrhale vulgaire, l'intervention chirurgicale s'impose dans les cas de tuberculose.

Le diagnostic ne sera évidemment que rarement porté dans les cas envisagés précédemment où la lésion annexielle bien qu'originellement primitive est masquée par l'évolution rapide d'une tuberculose pulmonaire, péritonéale, intestinale ou méningée.

Ignorées aussi seront la lésion et la nature de cette lésion, lorsque la maladie évoluera d'une façon lente, bénigne, sans symptômes bien spéciaux attirant l'attention sur l'appareil sexuel et dans les cas aussi, où, malgré

des symptômes évidents, la femme par une pudeur mal comprise évite d'en avertir le médecin qui la soigne.

C'est ce qui explique que si longtemps et à l'heure actuelle encore, si fréquemment, la salpingite tuberculeuse soit une trouvaille d'autopsie.

Toutefois, dans nombre de cas, on pourra établir le diagnostic, sinon de façon certaine, du moins avec de grandes probabilités.

Il est des observations où l'on est amené à déclarer tuberculeuse la lésion tubaire à cause des manifestations de même nature du côté d'autres organes. En 1860, Boucher de la Ville-Jossy, médecin de Saint-Antoine (In thèse Brouardel, observation XXX) fut amené à poser le diagnostic de salpingite tuberculeuse par suite de l'état spécial de la tumeur, de sa dureté, de ses bsses-lures, de sa marche croissante, et à cause de l'évolution rapide d'une tuberculose pulmonaire qui mena la femme au tombeau. A l'autopsie il y avait de la matière caséeuse dans les trompes. Ce sont des considérations d'ordre semblables qui permirent d'affirmer la nature tuberculeuse de la lésion, dans l'observation I de la thèse de Giraud (Thèse de Paris, 1868).

J'ai insisté longuement au chapitre « Etiologie » sur ce fait que la tuberculose tubaire était souvent primitive, ou pouvait exister en dehors de toute manifestation actuelle de tuberculose des autres organes. C'est alors que l'examen complet de la malade pourra amener la découverte de certains signes d'importance réellement primordiale.

On pourra relever l'existence des cicatrices d'adénites tuberculeuse, d'otites anciennes, de kératite strumeuse, d'une tumeur blanche ou d'un mal de Pott guéris. Une

large part devra être faite aux antécédents personnels et familiaux. On pourra retrouver la tuberculose chez les ascendants, les enfants, les collatéraux. On examinera le mari qui pourra être porteur d'une tuberculose génitale ou pulmonaire.

Mais il est des cas, où les antécédents sont nuls, où le mari est sain, et où comme chez les vierges l'acte sexuel n'a pas encore été accompli. Chez la vierge c'est souvent à la nature tuberculeuse de la tumeur tubaire qu'il faudra penser, bien qu'il puisse exister des salpingites septiques chez les vierges. On cherchera s'il n'existe pas de causes capables d'avoir amené une salpingite vulgaire.

A l'origine de cette lésion se trouve la puerpéralité d'une part, la blennorrhagie de l'autre. Si la puerpéralité n'existe pas, si elle remonte à très longtemps comme dans l'observation de notre maître, M. Heydenreich, où la malade souffrant depuis un an seulement avait eu des suites de couches normales et remontant à 11 ans, si l'on peut à peu près sûrement nier la blennorrhagie, on arrive par élimination à affirmer salpingite tuberculeuse. Les symptômes sont en général ceux de toute salpingite et leur importance est par suite de peu de valeur. Hégar insiste toutefois sur le caractère des douleurs, sourdes, à marche lente, mais à paroxysmes fréquents.

On a attaché grande importance à la nature de l'écoulement qui se fait par l'utérus. Ce serait un liquide verdâtre, puriforme, contenant des grumeaux de caséum et pathognomonique de la nature de la lésion. On peut y rechercher et y trouver la présence des bacilles de Koch. C'est un signe évident.

Mais alors l'utérus est pour la plupart du temps envahi

et si le diagnostic peut se faire avec plus de certitude, son utilité est souvent restreinte à cause de l'importance de la lésion. Alors cependant l'intervention peut encore être utile. « Il est », dit Cornil, aussi rationnel d'enlever un utérus tuberculeux que d'agir dans toute autre tuberculose locale. On a noté aussi comme propre à la salpingite tuberculeuse la fréquence des poussées de pelvi-péritonite (voir les deux observations de Fernet).

Terrillon signale l'amélioration de la lésion. Pour lui, toute salpingite qui n'atteint pas les deux trompes est tuberculeuse. Il dit : « La salpingite tuberculeuse peut-être unilatérale, caractère qui existe souvent pour les organes de l'homme, testicule et épидидyme, du moins au début, Or, nous savons d'après le dire des opérateurs que la salpingite catarrhale vulgaire est toujours double. L'absence de bilatéralité de la lésion pourra servir dans certains cas à en établir la nature tuberculeuse. » Ce signe est évidemment important, mais il faut reconnaître que dans bien des cas la salpingite tuberculeuse est double.

Le même auteur signale une dureté spéciale de la tumeur, les bosselures particulières que le toucher vaginal révèle dans les culs-de-sacs. Les anciens auteurs les signalaient aussi. Mais fréquemment on rencontre ces signes dans les salpingites d'origine puerpérale ou blennorrhagique.

Plus importantes sont les considérations tirées de l'état général. La femme atteinte de pyosalpingite vulgaire conserve généralement, en dehors des douleurs parfois très vives un état de santé excellent. Dans les cas de lésions tuberculeuses des annexes, même peu étendues, en dehors de toute autre signe de la maladie tubercu-

leuse, on note un amaigrissement rapide, un affaiblissement général.

Il résulte de cette exposé que ce n'est pas spécialement tel ou tel symptôme (sauf toutefois la constatation du bacille de Koch dans l'écoulement purulent) qui mettra le chirurgien sur la voie, mais plutôt un ensemble de considérations.

Si l'on a à faire à une petite fille ou à une vierge, le diagnostic de tuberculose tubaire s'impose. Chez une femme, même en l'absence d'antécédents personnels ou héréditaires, si l'on peut faire abstraction de l'état puerpéral ou de la blennorrhagie, si l'on a eu de nombreuses poussées inflammatoires, si de plus la lésion est unilatérale, si l'état général est mauvais c'est à la tuberculose qu'il faudra songer.

Malgré tout, le diagnostic restera souvent en suspens et l'intervention seule pourra lever les doutes.

Quant aux indications et au mode d'intervention j'en parlerai plus loin au chapitre « traitement. »

CHAPITRE VII

Pronostic.

J'ai précédemment décrit quels étaient les modes d'évolution de la salpingite tuberculeuse ; je l'ai montrée marchant d'ordinaire lentement, se développant en quelque sorte à l'insu de la malade, pouvant trahir sa présence par un accident brusque, une poussée mortelle de péritonite, ou se traduisant tout à coup par une généralisation miliaire du côté du péritoine, du poumon, de la plèvre, des méninges. Je l'ai montrée amenant de fréquentes poussées inflammatoires dans le péritoine pelvien. J'ai insisté sur la possibilité de l'ouverture des collections purulentes dans l'intestin, le vagin, la vessie.

J'ai signalé que même dans les cas légers, la femme, réduite au repos, n'existait ni sexuellement ni socialement.

Des considérations précédentes, je me pense en droit d'affirmer que ce que l'on a dit pour la hernie peut s'appliquer à la salpingite tuberculeuse : « C'est non seulement un inconvénient ; c'est un danger ».

Et comme conclusion : « Toute salpingite tuberculeuse diagnostiquée doit être traitée », comment ; c'est ce que je vais étudier.

CHAPITRE VIII

Traitement.

Il me reste à étudier ici une des plus importantes questions de cette monographie ; celle du traitement.

Le temps n'est plus où l'on discutait avec acharnement la question d'intervention dans les tuberculoses locales, intervention envisagée alors par beaucoup comme chose mauvaise, comme une erreur clinique dont devaient résulter pour le malade les pires conséquences, éclosion ou généralisation rapide d'une tuberculose viscérale.

Aujourd'hui il est de règle commune de supprimer chaque fois qu'on le peut un foyer tuberculeux, et la tuberculose génitale a elle aussi bénéficié de cette marche en avant. Chez l'homme on ne craint pas de supprimer le testicule tuberculeux. Or, chez la femme exposée par le fait de la situation intrapéritonéale de la trompe aux accidents graves de la péritonite, la nécessité d'intervenir s'impose encore davantage.

Voici ce que dit M. Terrillon, (*Archives de Tocologie* 1889). « Il est certain qu'une lésion tuberculeuse des trompes et des ovaires, surtout lorsqu'elle a donné lieu à quelques troubles du côté du péritoine, est soumise aux mêmes lois que les autres tuberculoses locales. Celles-ci sont toujours traitées chirurgicalement quand la lésion le permet et quand on peut enlever le mal dans sa totalité. La tuberculose de la trompe et de l'ovaire rentre donc dans la loi normale puisque grâce à la laparotomie actuellement presque inoffensive on peut enlever la totalité de l'organe malade. »

Un cas reste cependant dans lequel on ne devra pas intervenir. C'est lorsque l'étendue des lésions générales ne laisse pas de doute sur la terminaison proche et fatale de la maladie. A quoi bon faire subir une opération à une femme atteinte de cachexie tuberculeuse, dont les jours sont comptés et que l'intervention ne sauvera pas. Il en est de même lorsque les lésions locales sont trop étendues, lorsque la tuberculose a envahi le rectum, l'intestin, la vessie, lorsque des abcès nombreux se sont faits jour, et qu'on est dans l'impossibilité matérielle de tout enlever. Et là il faudra tenter cependant l'ouverture des cavités purulentes, leur nettoyage et leur drainage. Une malade de Fernet a guéri et cependant la collection salpingienne s'était ouverte dans la vessie et dans le vagin.

Mais où toutes les indications sont réunies c'est lorsque la lésion tubaire est primitive et récente, lorsque le péritoine est indemne. Le chirurgien opère en toute sécurité et en quelque sorte suivant la vieille formule, « cito, tuto et jucunde ». Le résultat est splendide et durable, témoin le cas de Hégar dont la malade vivait encore deux ans après, témoin celui de mon maître, M. le professeur Heydenreich, dont la malade, opérée en décembre 1895, jouissait d'une excellente santé en novembre 1897.

La présence d'une tuberculose pulmonaire et de toute autre lésion locale de même nature, peu avancée ou en voie de régression n'est pas une contre-indication. En supprimant un foyer caséeux on diminue les chances d'infection dues à la résorption des toxines microbiennes ; on met la malade en situation plus favorable pour lutter contre la maladie.

Loin d'être une contre-indication, la péritonite tuberculeuse doit au contraire amener le médecin à une intervention rapide. On sait d'ailleurs quelle influence heureuse la laparotomie peut avoir sur la lésion péritonéale.

Voyons maintenant quels sont les divers modes d'intervention. Existe-t-il un traitement médical de la salpingite tuberculeuse ? Non. Les indications tirées des symptômes ne seront de quelque utilité qu'au moment des poussées de pelvipéritonite. C'est alors que l'opium, le chloral pourront être employés pour calmer les douleurs parfois violentes. Leur administration sera également indiquée à la période ultime de la maladie. Il va sans dire que l'on devra instituer le traitement général de l'affection, remonter la malade, lutter contre l'amaigrissement et la cachexie, tenir compte des prescriptions qu'implique l'hygiène du tuberculeux.

Nombre de chirurgiens de notre temps se sont élevés contre l'intervention trop fréquente dans les affections des trompes. Évidemment on ne peut, de gaité de cœur, enlever à la femme tout espoir de maternité ; et dans nombre d'affections de l'oviducte, la conservation doit être le but auquel tendront les opérateurs soucieux de leur dignité et de leur art. Mais dans l'affection qui nous intéresse, l'expectative ne peut être érigée en mode de traitement. Le traitement de la lésion utérine concomittante par les injections chaudes et le curage, la dilatation de l'utérus, le catéthérisme de la trompe sont des moyens infidèles même dans les inflammations catarrhales. (Fournel, *Semaine médicale* 1892). L'ablation de l'organe malade est ici le seul traitement rationnel et vraiment efficace. C'est la technique opératoire que je vais étudier.

Trois voies se présentent au chirurgien pour arriver sur la trompe malade, la voie vaginale, la voie rectale et la voie abdominale.

1) *Voie vaginale.* — J'ai montré la tumeur salpingienne accessible au toucher vaginal se présentant dans l'un des culs-de-sac sous une forme bosselée, marronnée. Une simple ponction aspiratrice pourra vider une collection tubaire; mais si elle peut guérir sans retour un hydrosalpinx, ce sera toujours une opération insuffisante et par suite mauvaise pour une lésion tuberculeuse. Il en sera de même pour l'incision des culs-de-sac du vagin. C'est par l'ouverture naturelle de sa collection tubaire dans le vagin que guérit une malade de Fernet; mais après quelles alternatives. Suffisante pour l'hydrosalpinx, curatrice parfois pour une collection suppurée ordinaire, cette pratique est inefficace dans le cas présent puisque par elle on ne peut tout enlever.

On pourrait essayer d'une salpingotomie vaginale, inciser largement l'un des culs-de-sac du vagin, par cette ouverture introduire un ou deux doigts, attirer l'organe malade, l'examiner et le réséquer, s'il y a nécessité. Mais on agirait ainsi à l'aveuglette, l'hémorrhagie qui se produit parfois abondante gêne l'opérateur, les adhérences avec le péritoine et les autres organes peuvent être telles qu'on ne peut les libérer.

2) La voie rectale me paraît devoir être rejetée. Elle est, en tout cas, à déconseiller. Guidé par ce fait que parfois la collection purulente s'est ouverte dans le rectum, que l'on sent parfois la tumeur bomber au toucher et qu'on sent la fluctuation, on pourrait avoir l'idée d'inciser dans le rectum. Mais on s'exposera aux multiples inconvénients d'une fistule unissant la collec-

tion purulente au rectum, fistule pouvant s'ouvrir ou se fermer tour à tour. On n'aura pas enlevé l'organe lésé et si on a soulagé la malade on aura laissé persister tous les dangers qui la menacent. En outre on peut amener une péritonite aiguë, rapidement mortelle.

J'éliminerai donc toutes les opérations pouvant se faire par ces deux voies vaginales et rectales comme insuffisantes. Une seule voie reste, la voie abdominale, et ici on a une opération véritablement rationnelle et curatrice, la salpingotomie par laparotomie médiane, ouvrir l'abdomen sur la ligne blanche, examiner les annexes et en réséquer la partie malade.

Avant toute chose il faut préparer la malade, réaliser l'antisepsie du vagin par des injections répétées plusieurs jours d'avance, veiller à ce que les fonctions digestives s'accomplissent bien, vider le rectum avant l'opération par un grand lavement. On pourra ensuite constiper ou non la malade.

Je n'insisterai pas sur les préliminaires de l'opération. Il faudra raser le pubis, nettoyer avec soin la paroi abdominale et l'ombilic par le brossage et le lavage à l'éther. L'anesthésie et la résolution devront être aussi complètes que possible.

L'incision est l'incision classique de la laparotomie, commençant à deux centimètres au-dessus du pubis et se prolongeant autant qu'il est nécessaire vers l'ombilic. Spencer Wells, Vilye et en général les auteurs anglais font pour les salpingotomies des incisions très courtes, suffisantes pour introduire deux doigts, le médius et l'annulaire. Dans le cas présent elles ne sauraient convenir. L'incision doit être suffisamment longue pour permettre un isolement facile des annexes. Avec l'antiseptie on ne

redoutera pas la suppuration et avec une suture soignée on se mettra en garde contre l'éventration de la ligne blanche qui pourrait survenir dans la suite.

La paroi abdominale étant ouverte, on incisera le péritoine, et écartant les anses intestinales et l'épiploon, on ira à la recherche des trompes. Dans le cas où les anses intestinales viendraient continuellement recouvrir le champ opératoire, la position inclinée de Trendelenburg rendra de grands services. Les intestins retombent vers le diaphragme laissant libre le petit bassin où se présentent seuls les organes génito-urinaires s'il n'y a pas eu d'adhérences et accompagnées des anses retenues dans le cas contraire. L'isolement des annexes sera lui-même rendu plus facile. J'ai montré au chapitre Anatomie Pathologique que ce qui ne va dominer ici c'est la multiplicité des adhérences. Elles sont parfois si nombreuses que l'opérateur cherche longtemps avant de découvrir les trompes. Il devra procéder avec ordre, patience et constance, penser qu'il n'est si grandes difficultés qui ne puissent être surmontées et ne pas refermer l'abdomen en désespoir de cause. On déchirera peu à peu les adhérences épiploïques, les coupant après les avoir liées entre deux ligatures si les difficultés sont trop grandes. On aura surtout soin des adhérences intestinales afin d'éviter une perforation toujours à redouter. Cela fait, cherchant le fond de l'utérus, on ira aux annexes.

J'ai montré les connexions intimes unissant les trompes à l'utérus, au rectum, à la paroi pelvienne. J'ai insisté sur la dureté du tissu fibreux entourant la masse salpingienne et l'on pourra penser quel laborieux travail est quelquefois de mise. Souvent il arrivera que, malgré lui, au courant de l'opération le chirurgien crève la paroi de l'ab-

cés tuberculeux et que le pus se répande dans la cavité abdominale. Ayant à l'esprit cette complication possible, le chirurgien, au fur et à mesure de la décortication, couvrira son champ opératoire de compresses, éponges dont le but sera de s'opposer à l'invasion du pus dans le péritoine. Si cet accident se produisait cependant, on aurait recours à une toilette soignée du péritoine, à un lavage abondant à l'eau distillée stérilisée.

On a décortiqué, mobilisé la tumeur salpingienne ; il faut maintenant la pédiculiser sur la corne utérine, chose souvent facile, puisque la tuberculose frappe de préférence les deux tiers externes de la trompe, mais parfois d'une extrême difficulté. On prend ce pédicule entre deux ligatures et on pratique la section. On touche le moignon au thermocautère.

Puis on passe au côté opposé, on examine les organes et s'ils sont sains, ce qui se présente parfois, la salpingite tuberculeuse pouvant être unilatérale, on les abandonne. S'ils sont malades on procède comme précédemment. Il s'agira ensuite d'enlever au thermocautère les masses tuberculeuses restantes. Il pourra se présenter que les deux trompes et l'utérus soient atteints. C'est l'hystérectomie abdominale qu'il faudra pratiquer. Dans les cas exceptionnels où la poche sera ou trop volumineuse ou trop adhérente, il sera indiqué de la marsupialiser et d'attendre son élimination d'une suppuration prolongée. On cite même des cas où le chirurgien s'étant trouvé arrêté par d'énormes difficultés, une amélioration s'est produite sous la seule influence de la laparotomie.

Je suppose maintenant les organes lésés, enlevés complètement. Il faudra, avant de refermer l'abdomen, faire la toilette du péritoine, toilette sommaire s'il n'y a pas eu

de pus répandu, longue et minutieuse dans le cas contraire. C'est ici qu'il faudra faire le lavage avec de l'eau stérilisée à 35°.

Il me faut maintenant étudier la question suivante. Faut-il pratiquer ou non le drainage de la cavité? Il est indiqué chaque fois qu'il y a eu épanchement de pus et qu'on n'est pas sûr qu'une faute contre l'antiseptie n'ait pas été commise. Primitivement on se servit de deux tubes de caoutchouc, accolés en canon de fusil, dont une extrémité plongeait dans le cul-de-sac de Douglas et dont l'autre sortait par la plaie abdominale. Je crois que le drainage se fera plus facilement et plus pratiquement par la lanière de gaze iodoformée, préconisée par Mischuliez et qui pourra encore au cas d'hémorrhagie servir de tampon hémostatique. Ceci fait on refermera la paroi et on appliquera un pansement à l'iodoforme, pansement maintenu par une large bande de flanelle.

J'ai au cours de cette description signalé les accidents qui pouvaient se produire, hémorrhagie abondante d'où nécessité d'une hémostase soignée, rupture du kyste, déchirure de l'intestin. La vessie et l'uretère ne seront qu'exceptionnellement lésés. Si on a lieu de soupçonner une communication avec une partie quelconque de l'intestin, il faudra la rechercher avec soin et la suturer.

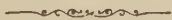
Voyons maintenant quels peuvent être les résultats de l'opération. Ce que l'on cherche, c'est la suppression de la douleur, des troubles menstruels, la soustraction du grave danger d'une péritonite. On y arrive presque toujours par l'opération précédemment décrite. La malade revient à la vie, reprend de l'embonpoint. Cependant dans quelques cas ces améliorations se font attendre, ne se

produisent même pas lorsque la tuberculose établie ailleurs, continue à évoluer.

Toutefois, si je reprends la statistique fournie par De Massia je trouve à peu près 7 p. 100 de mortalité opératoire; vingt-quatre cas ont été suivis. Il y avait eu trois fois laparotomie exploratrice avec une guérison (Hégar) une amélioration (Chandelux) un cas où la maladie resta stationnaire. Dans 4 cas où l'on avait à faire à de fortes tumeurs la mort suivit l'opération dans un intervalle variant entre cinq semaines (Wethson) et quatre mois (Jeannel). Puis on trouve une malade bien portante cinq ans après (Hegar), deux, mortes deux ans après l'opération de tuberculose pulmonaire, une 5 mois après, une bien portante au bout de deux ans, l'autre après un an, et 11 perdues de vue dans un intervalle variant entre huit mois et un an.

La malade qui fait le sujet de l'observation de M. Heydenreich fut revue par moi deux ans après (novembre 1897) en excellente santé. Elle n'avait conservé comme suite de son opération que des taches de mélasma recouvrant le front.

La guérison n'a donc pas suivi l'opération dans tous les cas. On a vu la mort provenir de péritonite tuberculeuse ou de la récurrence dans d'autres organes. Mais des cas où la femme est bien portante deux, trois et même cinq ans après sont là et ils doivent encourager à agir chaque fois que l'on pensera pouvoir supprimer l'organe malade.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Nivet (*Bulletin de la Société anatomique*, mai 1834) rapporte un cas d'envahissement des trompes et des ovaires chez une jeune fille de 20 ans affectée d'aménorrhée, de toux habituelle, de diarrhée avec fièvre continue. A l'autopsie, matière tuberculeuse à l'intérieur des trompes considérablement dilatées à leurs extrémités externe. Les ganglions mésentériques et bronchiques étaient envahis par la même matière. Trois ou quatre tubercules miliaires existaient dans les deux poumons. Quelques-uns dans le péritoine et la face convexe du foie. Le foie était gras. Il n'y avait ni tubercules dans le cerveau, ni tubercules dans les méninges.

OBSERVATION II.

(39 de la thèse de Brouardel.)

B. . . , Louise, couturière, âgée de 26 ans, est entrée le 21 mai 1859 à l'hôpital, salle Sainte-Thérèse, n° 33, service de M. Aran.

Cette malade est d'une constitution médiocrement forte, de tempérament lymphatico-nerveux. Elle n'a jamais eu dans son enfance de gourmes, d'ophtalmie, d'engorgement ganglionnaire. Son père et sa mère sont bien portants ainsi que son frère et sa sœur. Elle n'a jamais eu de maladies sérieuses que depuis qu'elle est accouchée. Elle fut réglée à 18 ans, régulièrement, sans flueurs blanches ni douleurs. Elle se maria à 20 ans et eut deux enfants, le premier il y a deux ans et demi, le second il y a neuf mois. Elle n'a nourri que pendant quelques jours l'un et l'autre de ses enfants. Elle s'est levée le septième jour après son premier accouchement pour sortir de l'hôpital. Elle souffrait beaucoup dans le bas-ventre, ne pouvait se tenir debout et n'aurait pu reprendre son travail si une douleur vive, une rougeur

et un gonflement du coude gauche ne l'avait forcée à rentrer à l'hôpital.

La malade fut soignée à l'hôpital Saint-Antoine et à l'Hôtel-Dieu par le professeur Richet, puis quitta l'hôpital non guérie.

Les douleurs abdominales avaient continué, la malade n'en avait pas parlé par crainte d'être examinée par les élèves de la clinique. Elle devient enceinte une seconde fois et accouche il y a environ neuf mois. La grossesse avait été douloureuse. Pendant sa durée était survenue une toux opiniâtre sans toutefois crachement de sang. L'accouchement fut heureux et la malade se levait au neuvième jour. Depuis, les douleurs n'ont fait que continuer à se faire sentir dans les reins et à l'hypogastre. La toux augmenté ; il y a quelques crachats striés de sang et l'amaigrissement est notable. Les forces se perdent ; les règles sont revenues et reparaissent tous les quinze jours, peu abondantes, accompagnées de douleurs vives et de flueurs blanches. La miction est douloureuse et la vulve est le siège de vives démangeaisons.

27 mai. — *Etat actuel.* — Amaigrissement considérable, pommettes plaquées de rouge, peau chaude et moite ; 24 respirations à la minute, 124 pulsations filiformes, régulières. On constate la lésion du coude. La sonorité dans la poitrine est plutôt augmentée que diminuée en avant. Respiration forte et rude, vibrante sous les deux clavicules. Diminution relative de la sonorité au sommet des deux poumons en arrière. Inspiration rude, expiration prolongée. La respiration semble plus faible à gauche où existe eu même temps un retentissement notable de la toux et de la voix. Toux fréquente, expectoration abondante formée de crachats opaques spumeux jaunâtres.

Langue humide, sans enduit. Vomissements muqueux surtout le matin après les quintes de toux. Ventre volumineux, tendu à la percussion, foie augmenté de volume et repoussé sous les fausses côtes par les gaz de l'intestin. Sensibilité très grande dans la fosse iliaque droite, dans toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen et s'exagérant à la pression.

Vagin extrêmement chaud, mucosités très abondantes. Le col de l'utérus est porté très fortement en arrière et à gauche.

A gauche on sent très nettement une tumeur ovoïde du volume d'un petit œuf, un peu irrégulière et occupant la partie latérale de l'utérus, dont elle est toutefois séparée par un sillon qu'on retrouve au toucher rectal. A droite également et par le même procédé d'exploration un peu en bas, sur les côtés de l'utérus on sent une seconde tumeur de même forme, de même volume, mais dans laquelle on ne trouvait pas les caractères d'inégalités anguleuses que présente parfois l'ovaire. On rencontre en outre des brides formant une résistance diffuse dans laquelle semblent englobés l'utérus et les tumeurs précédemment signalées avec les annexes.

En touchant la malade debout, on constate que le col est porté très haut, en arrière et à gauche. Le corps incliné à droite est de plus en auteversion. Il y a de l'œdème mou de la paroi latérale gauche du vagin. Il est impossible d'entraîner l'utérus à droite. Vu au spéculum, le col est déformé, irrégulier, chagriné, induré, de volume médiocre ; une ulcération superficielle d'un rouge vif entoure son col qui est entr'ouvert. Il y a desquamation épithéliale de la vulve qui est rouge et humide. On donne quatre pilules d'extrait d'olivier de 0,10 chaque. On frictionne la poitrine avec l'huile de croton (XXX gouttes). Cataplasmes arrosés d'huile de camomille camphrée sur le ventre, demi lavement laudanisé.

10 juin. — Les symptômes étaient sensiblement les mêmes quand dans la nuit, la malade fut prise subitement d'une douleur très vive dans le ventre. Profonde altération des traits, face grippée, nez effilé, froid ; refroidissement des extrémités, pouls 140, filiforme, misérable, 32 respirations par minute. Ventre très gros, brûlant, douleurs très vives. Un épanchement de liquide s'est fait dans des adhérences anciennes probablement, car il y a de la matité dans les flancs et de la sonorité à l'hypogastre. La langue est sèche, il y a des vomissements bilieux, verts, porracés, abondants, une soif vive. On donne de la glace, de l'eau de Seltz, deux pilules d'opium de chacune 0,03 centigrammes, on fait des fomentations laudanisées sur le ventre. Le 11, les vomissements continuent ainsi que les douleurs de ventre, l'altération des traits est plus grande encore, et

la malade meurt sans délire le même jour à 11 heures du soir.

AUTOPSIE le 13 juin à 6 heures du matin. L'abdomen est énormément distendu, l'épiploon est couché sur la masse intestinale qu'il recouvre jusqu'au niveau et au-dessous du pubis. Il forme une couche épaisse de trois à quatre millimètres, fortement injectée dans certains points et infiltrée d'un nombre énorme de granulations jaunâtres. Il y a des adhérences de l'épiploon à la paroi abdominale depuis l'ombilic jusqu'au pubis où elles sont très courtes, très molles et se déchirent facilement. Quelques litres de sérosité sont accumulés dans les flancs et la cavité pelvienne. Par une disposition singulière, tandis que le liquide est surtout abondant dans les flancs, des anses intestinales le surnagent et sont accolées à la paroi abdominale antérieure et à la face postérieure du pubis. De nombreux tubercules du volume d'un pois existent à la surface de l'intestin avec des arborisations vasculaires très abondantes et des fausses membranes déchiquetées, déposées dans les parties déclives et peu adhérentes. Le foie adhère au diaphragme, son lobe gauche est atrophié, son lobe droit hypertrophié et gras. Pas de tubercules dans le poumon et les ganglions bronchiques ; mais une congestion pulmonaire intense des lobes postérieurs et des bases.

On renouvelle les touchers vaginal et rectal qui donnent lieu aux mêmes sensations que pendant la vie. On retrouve les deux tumeurs signalées et on peut reconnaître en portant les yeux dans le bassin que ces deux tumeurs qui existent de chaque côté de l'utérus sont dues à une oblitération des trompes que nous décrirons plus loin.

L'utérus est incliné par son fond du côté droit, le col regarde à gauche. La matrice est soudée avec le rectum par des adhérences très épaisses, très résistantes et formant une espèce de plancher qui ferme l'espace compris dans l'intervalle des ligaments de Douglas. Au-dessous, enkystée dans des fausses membranes, une certaine quantité de sérosité. Les annexes sont recouvertes de fausses membranes jaunâtres friables, épaisses, présentant çà et là des points ecchymotiques.

Les deux trompes très hypertrophiées se présentent sous

forme de deux petits intestins avec des bosselures, des inégalités, des ondulations. Toutes deux sont distendues par une matière tuberculeuse jaunâtre, concrète, épaisse, qui ressemble à de la bouillie et qui reflue par pression des trompes dans l'utérus. La gauche mesure 0,14 de longueur, son volume est celui d'une petite pomme. Son pavillon est libre ouvert et laisse également écouler à la pression la matière tuberculeuse. La trompe droite est un peu plus courte mais elle a sensiblement le même volume et présente les mêmes altérations. Les ovaires sont entourés de fausses membranes. On ne peut y reconnaître les follicules de de Graaf.

OBSERVATION III.

(Pelvet. — *Bulletin de la Société anatomique*, juin 1863.)

Tuberculisation des organes génitaux observée chez une femme morte de méningite tuberculeuse.

La nommée C. O... , entrée le 23 mai 1853 à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Lailler, est souffrante depuis 6 à 7 mois, perd ses forces, maigrit, est devenue d'un caractère sombre. Il y a deux mois est prise de coliques excessivement violentes sans cause connue qui durent huit jours. Elle se releva mais resta malade, se plaignant toujours du ventre et de la tête, perdant de plus en plus ses forces, ses règles se supprimèrent depuis cette époque, remplacées par un écoulement sanieux de couleur jaunâtre. A partir de ce moment également elle commence à tousser. Pendant son séjour à l'hôpital on constata des signes attestant l'existence d'une caverne au sommet du poulmon gauche. Le 3 juin elle est prise de vomissements bilieux très abondants et tombe dans le coma, elle se plaignait un peu du ventre, mais surtout de la tête. Elle meurt le 13 juin.

A l'autopsie, granulations dans les méninges avec fausses membranes nombreuses et ramollissement inflammatoire. Beaucoup de liquide dans les ventricules. Caverne au sommet gauche quelques tubercules dans les deux poulmons.

Les organes génitaux sont le siège de lésions importantes. Les culs-de-sac ante et rétro-utérins ont disparu, masqués par

de fausses membranes et le péritoine épaissi qui unit les organes pelviens. Les trompes jusqu'à 5 ou 6 centimètres de leur orifice utérin sont saines et perméables, mais à partir de ce point se renflent subitement en décrivant de nombreuses flexuosités et en se dirigeant en arrière de l'utérus. Considérablement distendues par de la matière tuberculeuse, elles avaient un diamètre de trois ou quatre centimètres. La matière qui les remplissait jaunâtre, friable, se voyait facilement à travers les parois amincies. La trompe gauche contournait l'S iliaque et passait en arrière de l'intestin, maintenue par des brides nombreuses et maintenant l'S iliaque qui conservait cependant un certain calibre. L'ovaire droit était atrophié, le gauche contenait un caillot jaunâtre déjà ancien. Il n'y avait plus trace de sa structure propre. L'utérus et le péritoine contenaient quelques granulations tuberculeuses.

OBSERVATION IV.

(Pelvet 1864.)

Infiltration tuberculeuse des trompes.

Marie-Elise V. . . , âgée de 55 ans, femme de chambre, entrée le 18 novembre 1863 à la maison municipale de santé, présentait au moment de son arrivée, une tuméfaction considérable de l'abdomen, accompagnée de douleurs et de vomissements. Il y avait en même temps un état cachectique très avancé. Douleurs au niveau des fosses iliaques et plus particulièrement du côté gauche. Dans cette région, la percussion donnait une matité dont le siège et l'étendue ne se déplaçaient pas par les changements de position. Il y avait également une fluctuation circonscrite aux mêmes points. Ces symptômes firent penser d'abord à la présence d'un kyste de l'ovaire compliqué d'une affection organique du petit bassin, en rapport avec l'état cachectique. Le toucher vaginal qui peut-être aurait pu servir à éclairer le diagnostic était impraticable. Quoiqu'il en soit, les vomissements se sont reproduits à diverses reprises pendant quelques semaines, puis la malade est restée sujette à des alternatives de diarrhée

et de constipation. En même temps, amaigrissement notable de la face et du tronc et œdème des membres inférieurs.

Au commencement de janvier 1864, on ne pouvait plus percevoir la sensation du flot. Ventre très volumineux, météorisé, présentant au palper des inégalités et des bosselures dues aux anses intestinales. On a tous les signes de la péritonite chronique. L'amaigrissement fit des progrès rapides, le poulx devint insensible pendant les huit derniers jours. La malade succomba le 15 janvier au milieu d'un délire tranquille avec hallucinations.

A l'autopsie de l'abdomen on trouve les altérations propres de la péritonite tuberculeuse. Les anses intestinales sont accolées entre elles de manière à ne former partout qu'une seule masse. Les fausses membranes, le péritoine pariétal et viscéral sont tapissés d'une multitude de petites plaques tuberculeuses, d'un gris jaunâtre, dont la grosseur très variable ne dépasse cependant pas le volume d'une lentille. Cette production pathologique se montre surtout sous l'aspect miliaire dans cette portion du péritoine qui tapisse le petit bassin. Il existe là par suite de l'accolement du paquet intestinal une sorte de cavité fermée de tous côtés par des fausses membranes et contenant une très petite quantité de liquide citrin.

L'existence de cette cavité rend compte des phénomènes observés pendant la vie.

Les ovaires sont sains, Les trompes occupent leur place ordinaire, sont libres et horizontalement placées. Mais ces organes très hypertrophiés ont l'aspect de deux gros cordons résistants et flexueux dont les sinuosités sont bridées par des adhérences celluleuses. Leur intérieur est formé d'une matière tuberculeuse jaunâtre en voie de ramollissement et que la pression ne peut faire refluer dans la cavité utérine. Celle-ci contient également une matière jaunâtre qui est probablement de même nature. Il y a des corps fibreux dans l'utérus. Foie gras. Reins et rate normaux. Les poumons ne présentent pas de tubercules, mais il y a des cicatrices à leur sommet et des adhérences de ce côté. (Fontan, *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1864).

OBSERVATION V.

(Pelvet. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1865). Résumé.

Tuberculisation des annexes, péritonites, perforation du colon.

F. . . , 29 ans, lingère (salle Sainte-Marthe, n° 10, service de Bernutz). Entre le 21 mai 1864. Tempérament délicat. mais bonne santé jusqu'à l'entrée à l'hôpital. Réglée à 14 ans, mais douleurs menstruelles et pertes blanches depuis l'âge de 13 ans. Chlorose. La santé s'améliore avec les règles. Grossesse il y a 3 ans, normale. Les règles sont supprimées avec de vives douleurs au courant d'avril 1866. Femme pâle, amaigrie, aspect d'une phthisique.

Son obscur sous les deux clavicules, respiration rude, craquements aux deux sommets. Ventre tendu, douloureux. Dans l'hypogastre, le flanc droit et la fosse iliaque du même côté, induration que l'on peut circonscrire facilement. Matité au niveau de cette induration. Palper et percussion très douloureux. Elle est le siège de douleurs spontanées, caractérisées par des élancements s'irradiant dans les reins.

Au toucher vaginal, col repoussé en avant, appliqué contre le pubis, derrière lui on sent une tumeur dure bosselée. Elle fait saillie dans le cul-de-sac postérieur et se prolonge un peu à gauche.

Etat général mauvais, dépression profonde, peau chaude, pouls fréquent, depuis deux jours, nausées, vomissements bilieux.

Comme traitement, on donne de l'opium, de la belladone, de la glace et des cataplasmes. Le traitement débute le 23 mai, on supprime l'opium le 1^{er} juin. Le 5 juin, pus dans les garde-robes. Le 10, présence de plaques de muguet sur la langue et la face interne des joues. La malade s'affaiblit et le muguet se reproduit et s'étend. Mort le 20 juin.

AUTOPSIE. — Intestins adhérents à la paroi abdominale et adhérents entre eux. Péritoine noirâtre semé de granulations tuberculeuses. A droite de l'ombilic, collection formée de pus caséeux.

Au-dessus de l'ombilic, les intestins n'adhèrent pas à la paroi abdominale. Cette partie, circonscrite par des adhérences, forme une cavité baignée de liquide purulent que l'on peut suivre dans le flanc droit et le petit bassin. Dans le prolongement que cette poche envoie dans le flanc droit, on trouve une ouverture arrondie pouvant admettre le doigt et amenant au colon qui est perforé.

L'utérus et le vagin sont sains.

La trompe droite augmentée de volume atteint la grosseur du pouce et est repliée derrière l'utérus. Elle n'est pas flexueuse. Son ouverture péritonéale est oblitérée et on ne reconnaît plus trace de pavillon. Son intérieur est rempli d'une matière jaunâtre, caséeuse, friable, semblant être de la matière tuberculeuse. Ses parois sont saines. L'ovaire droit est sain.

La trompe gauche est un peu hypertrophiée, mais sa cavité est saine. Le cul-de-sac de Douglas est tapissé de fausses membranes.

OBSERVATION VI

(In thèse Brouardel.)

Tuberculisation des trompes chez une femme atteinte de phthisie galopante et de pèritonite tuberculeuse.

Cette malade, âgée de 21 ans, entre le 20 février 1863 dans le service de M. Lailler à l'hôpital Saint-Louis. Jouissant d'une bonne santé habituelle, elle n'a eu ni couche, ni fausse-couche. Depuis quatre ou cinq mois, maigrissait, perdait ses forces, transpirait abondamment. Les règles avaient cessé deux mois avant son entrée à l'hôpital. Depuis ce moment, elle se plaignait de douleurs dans le ventre ; vers le début de février, elle se sentit plus malade et se vit obligée de cesser son travail. Lorsqu'on l'amena à Saint-Louis, elle avait de la fièvre et de violentes souffrances abdominales. Le ventre était un peu gros et douloureux à la pression ; il y avait de l'inappétence et de la diarrhée. Au toucher vaginal, on ne trouva rien d'anormal, sinon une auteflexion assez prononcée. A l'auscultation, on reconnut quelques râles ronflants et sibilants, et l'on soupçonna

l'existence d'une caverne au sommet du poumon droit. Au bout d'une semaine environ, les phénomènes observés du côté de la poitrine se prononcèrent davantage. La toux devint fréquente, l'expectoration plus abondante. Un dépérissement rapide s'ensuivit. En même temps les douleurs du ventre diminuèrent et cessaient presque complètement. Après trois mois de séjour à l'hôpital, elle est morte le 25 mai.

A l'autopsie, on a trouvé des lésions multiples et intéressantes, surtout, dans les organes génitaux. Le cul-de-sac recto-utérin et le vesico-utérin avaient disparu par suite des adhérences qui unissaient ces deux organes à l'utérus. Au dessus de ce dernier et de ses annexes et sur les circonvolutions intestinales voisines, s'étalait le péritoine sous forme d'une membrane épaisse, d'un noir ardoisé, criblée de tubercules. De chaque côté de l'utérus, les trompes considérablement augmentées de volume, décrivaient de nombreuses flexuosités et étaient littéralement farcies de tubercules, friables, jaunâtres et d'aspect caséeux. Le pavillon des trompes s'épanouissait en arrière de l'utérus, sous forme de crêtes également infiltrées de matière tuberculeuse ; leur cavité était perméable dans tout leur trajet, et l'on pouvait y faire pénétrer une plume d'oie. L'utérus était normal. La tuberculisation n'avait pas franchi les trompes dans l'utérus. Les ovaires avaient un volume bien moins considérable qu'à l'état normal. Les poumons présentaient quelques tubercules çà et là disséminés, et quelques noyaux de même nature également parsemés dans toute leur étendue. Le sommet du poumon droit était creusé par une perte de substance dont le volume égalait bien celui du poing.

Dans ce fait, la tuberculisation des organes génitaux a suivi une marche parallèle à celle des poumons, au lieu d'apparaître à titre de phénomène ultime. Au début même, quand la marche de la maladie est devenue aigue, les symptômes abdominaux ont joué le rôle le plus important. Ils ont pu masquer ainsi au moins pendant quelques jours, les éléments de diagnostic, qui appartenaient au système respiratoire, et ont empêché d'attribuer de prime abord à l'affection pulmonaire toute la gravité qu'il fallait lui accorder.

OBSERVATION VII.

(Cornil. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, mai 1864.)

Tuberculose des organes génitaux. — Forme rare de tuberculisation.

Cette femme, âgée de 24 ans, avait eu dans son enfance un grand nombre d'affections scrofuleuses et avait fait une fausse-couche trois mois avant. On trouva à l'autopsie un grand nombre de tubercules miliaires dans les poumons, sur les plèvres, sur le péritoine. Le péritoine pelvien surtout était parsemé de granulations tuberculeuses.

Un abcès assez volumineux enkysté existait entre le rectum et l'utérus derrière les ligaments larges. Les ovaires sont sains. Une dizaine de granulations tuberculeuses se voient sur le pavillon de la trompe du côté droit. Mais ce qu'il y a de plus remarquable c'est que la surface interne de l'utérus est parsemée de tubercules miliaires surtout au niveau de l'insertion du placenta.

Dans la forme la plus commune de tuberculisation des organes génitaux, les tubercules sont dus à une infiltration graisseuse, des éléments épithéliaux. Mais dans ce cas ils sont formés par une agglomération des corpuscules du tissu conjonctif et de cystoblastions, de sorte que, comme pour le poumon, on peut admettre deux formes de tuberculisation de l'utérus.

OBSERVATION VIII.

(Liouville. — *Bulletin de la Société anatomique*, juillet 1873.)

Lésions tuberculeuses des trompes et de la muqueuse utérine au voisinage du col de l'utérus.

Dans cette autopsie, le maximum des lésions siège au niveau des trompes, qui sont distendues par de la matière caséuse et présentent une série d'étranglements et de renflements successifs. On voit sur la muqueuse des ulcérations, des granulations et des produits caséux (d'après Liouville, c'est une pièce très intéressante, car elle montre la tuberculisation de la muqueuse utérine.

OBSERVATION IX.

(Maurice Letulle. — *Bulletin de la Société anatomique*, juin 1878.)

Lésion tuberculeuse de l'utérus et des trompes.

V... Jeanne, 20 ans. Service du docteur Constantin Paul. Hôpital Saint-Antoine.

L'autopsie montre l'intégrité de la séreuse péritonéale au point de vue de la tuberculose, intégrité d'autant plus curieuse qu'en même temps l'altération tuberculeuse de l'utérus et des trompes est très avancée.

La trompe droite est épaisse et dure, mais elle a conservé sa forme, et rappelle absolument comme aspect et consistance un canal déférent envahi par l'infiltration tuberculeuse diffuse. Le canal de la trompe est ouvert jusqu'au bord de l'utérus, et l'on remarque que la muqueuse paraît saine ; mais que la paroi est transformée en un tube rigide, d'un gris blanchâtre ; les tissus qui constituent le canal ne sont nullement ramollis. La trompe gauche offre au contraire un aspect bien différent. Elle est déformée par deux bosselures jaunâtres, lisses, du volume d'une petite noisette, manifestement fluctuantes. En effet, à l'incision du canal on voit le contenu des deux tumeurs s'échapper sous forme d'un liquide purulent, très épais, jaune, blanchâtre, grumeleux. Les deux abcès tuberculeux vidés, on aperçoit leurs parois extrêmement minces, formées en grande partie par le péritoine. Il est bon de remarquer qu'il n'existe pas d'adhérences péritonéales au niveau des deux trompes. L'utérus est encore plus altéré.

OBSERVATION X.

(Horteloup.)

M^{me} J..., 26 ans, vient consulter M. le docteur Horteloup en mai 1887 pour des douleurs abdominales. Mariée depuis 6 ans, M^{me} J..., n'a pas eu d'enfants, et a toujours été bien réglée, sans jamais de retard. Depuis trois ou quatre mois, elle se plaint de douleurs dans le bas ventre ; — sa santé générale n'a pas été troublée, mais les forces semblent cependant un peu diminuées.

et la malade trouve qu'elle a de la pesanteur dans le ventre après avoir marché.

A l'examen.— La palpation abdominale fait découvrir dans la fosse iliaque gauche une tumeur grosse comme une orange, fluctuante par le toucher combiné au palper, dans le cul-de-sac un peu d'empâtement ; mais on ne peut saisir la tumeur entre les deux mains.

M. le docteur Horteloup, pense à un kyste de l'ovaire au début, et après avoir indiqué quelques prescriptions à M^{me} J... il l'engage à revenir dans deux mois.

La malade ne revient qu'en août ; la situation a empiré ; les douleurs se sont accrues. Les règles ont continué ; mais la malade a eu souvent des accès de fièvre. La tumeur a augmenté, elle s'étend jusqu'à l'arcade de Fallope et remonte assez haut dans la fosse iliaque. La fluctation est nette, et par le palper bimanuel on sent très bien une poche remplie de liquide. Dans la fosse iliaque droite, on peut découvrir une tumeur ayant les mêmes signes et les mêmes dimensions que la tumeur de la fosse iliaque gauche avait lors du dernier examen en mai.

M. Horteloup porte le diagnostic de salpingite double suppurée et engage M^{me} J..., à entrer à la maison de santé.

10 août 1887. — Avec l'aide de M. Routier, M. Horteloup pratique la laparotomie. On constate deux poches liquides. On ponctionne celle de gauche avec le trocart de Potain. Il y a issue de 200 grammes de pus. L'extraction est difficile, la poche se déchire et le pus tombe dans le petit bassin. Enlèvement des débris de la poche et lavage du péritoine, ligature double de la trompe au niveau de la corne utérine. A droite, la poche est moins volumineuse, ponction donnant issue à du pus, puis ablation de toute la tumeur sans déchirure. Ligature de la trompe au même point que celle du côté opposé. On place deux gros drains de chaque côté de l'utérus. Sutures profondes et superficielles de la paroi abdominale au fil d'argent, point d'attente.

Le 11, on enlève les deux drains, on ferme la paroi en serrant le point d'attente. Guérison en 10 jours.

Examen des pièces par M. le professeur Cornil : « Trompe

gauche allongée, sinueuse, bosselée, volumineuse, et présentant à son union avec l'utérus un kyste ou une dilatation renfermant une sérosité verdâtre, séropurulente. A une coupe des parois du kyste, on voit une couche continue de tissu embryonnaire sans saillies à sa surface interne. La trompe droite est simplement atteinte de salpingite catarrhale.

La malade a été revue le 12 février 1888 et le 20 avril de la même année par M. Horteloup. Elle était en bonne santé.

OBSERVATION XI.

(Jeannel, de Toulouse, *Semaine Médicale*, 1887.)

Salpingite tuberculeuse ayant pu simuler un kyste de l'ovaire.

Jeannel a opéré une femme chez qui la pyosalpingite tuberculeuse simulait une tumeur de l'ovaire. Cette femme, âgée de 21 ans, sans antécédents morbides intéressants, non affligée de blennorrhagie antérieure, accouchée une fois avec la complication d'un abcès du sein, ressentit d'abord des douleurs péritonitiques dans le flanc gauche, puis vit peu à peu une tumeur se développer, puis vint consulter. La grosseur qui la tourmentait, remontait au-dessus de l'ombilic était fluctuante, régulière et médiane, donnait lieu à l'idée de grossesse. Cette hypothèse cède devant l'indépendance de l'utérus et de la tumeur. On diagnostique kyste unilatéral de l'ovaire et on se résout à l'opération. A l'ouverture, adhérences de la tumeur aux parois abdominales et aux viscères pelviens. Il faut former un grand nombre de pédicules avant de libérer complètement la tumeur, constituée par la trompe énormément dilatée, remplie de pus, et par l'ovaire englobé par le pavillon de la trompe au milieu d'adhérences. Sur tout le revêtement péritonéal de la masse il y a un semis tuberculeux. Les parois de la trompe avaient la même constitution intime que les parois d'un abcès froid. On referma le ventre. Il y eut un abcès et la malade mourut quatre mois après de tuberculose généralisée.

OBSERVATIONS XII.

Les observations XII, XIII, XIV et XV sont dues à M. Terrillon et empruntées à la thèse de de Massia.

M^{me} M..., âgée de 25 ans a eu deux enfants. Depuis deux ans, elle se plaint de violentes douleurs localisées dans le bas ventre. De plus, elle a beaucoup maigri. L'examen détaillé de cette malade fait soupçonner la tuberculose. On sent une tumeur dans le petit bassin.

Opération. — 9 février 1889. — On trouve une trompe remplie de pus et surmontant l'ovaire transformé en abcès. Celui-ci se rompt dans le péritoine qu'on draine avec un gros tube de caoutchouc.

Il s'agissait d'une salpingite tuberculeuse purulente ; les suites opératoires furent parfaites. L'état général bénéficie rapidement de l'intervention et s'améliore d'une façon notable.

Le 20 mai 1889, la santé de la malade est satisfaisante. Elle est morte depuis, en juin 1890, de tuberculose généralisée.

OBSERVATION XIII.

(Terrillon.)

M^{me} P..., âgée de 24 ans, n'a pas eu d'enfants. Réglée depuis l'âge de 16 ans. Le début de la maladie remonte à six ans. Il se caractérisait par de violentes douleurs dans le ventre accompagnées de troubles vésicaux. Depuis 4 ans, pertes blanches abondantes. C'est surtout depuis trois semaines que les douleurs abdominales sont devenues très violentes et ont pris un caractère aigu forçant la malade à garder le lit. Cette malade présente des signes de tuberculisation légère des sommets, qui, joints aux signes fournis par le toucher, font penser à une altération tuberculeuse des annexes de l'utérus.

Opération. — 26 mars 1889. — A gauche, on se trouvait en présence d'adhérences si indestructibles qu'il fallait renoncer à l'ablation de ce côté. A droite, la trompe était volumineuse mais mobilisable, l'ovaire manifestement caséeux. De ce côté, l'ablation des annexes fut possible. Il s'agissait d'une salpingite

tuberculeuse. La malade guérit de son opération et de sa tuberculose locale. Quant à son état général il bénéficia certainement de l'intervention et fut amélioré.

OBSERVATION XIV.

(Terrillon.)

M^{me} G..., C., âgée de 31 ans, n'a pas eu d'enfants. Depuis trois ans, sa santé s'est altérée. Elle accuse de vives douleurs dans les côtés du bas ventre et ne peut plus mener son existence ordinaire. Elle subit de temps à autres des poussées plus ou moins sérieuses de péritonite à répétition. Les annexes paraissent intéressées et, l'état général devenant alarmant, une intervention est décidée.

Elle a lieu le 9 avril 1889. Les organes malades avaient contracté de vives adhérences avec le péritoine et l'épiploon dont il faut d'abord les séparer. Cette complication est si sérieuse qu'il est impossible à gauche d'enlever la trompe et que l'ovaire seul est retiré.

Il s'agissait d'une double salpingite qui contenait un liquide muco purulent. La lésion était manifestement de nature tuberculeuse, ainsi que le prouva l'examen histologique.

La malade guérit rapidement, prit de l'embonpoint, et sa santé, rétablie aussitôt, demeure longtemps bonne. Mais, au mois de mai 1890, elle eut une poussée de péritonite tuberculeuse, pour laquelle elle resta à la Salpêtrière pendant quelque temps. Le ventre était ballonné, douloureux ; mais la palpation ne faisait sentir aucune induration.

On ne constatait rien non plus au toucher vaginal. Le repos améliora considérablement l'état de la malade qui put sortir de l'hôpital, reprendre son métier de domestique. On a eu de ses nouvelles en juin 1891. Sa santé était bonne.

OBSERVATION XV.

(Terrillon.)

M^{me} B..., 33 ans, a eu un enfant à 22 ans. A l'âge de 27 ans, sans fausse-couche évidente, elle éprouve des troubles de la

menstruation et des douleurs abdominales assez violentes. Bientôt apparaissent des poussées de péritonite assez graves qui furent au nombre de cinq dans l'espace de six ans. Actuellement elle souffre beaucoup, ne peut marcher et se plaint d'irradiations douloureuses dans les reins et dans les cuisses.

Opération. — 11 juin 1889. — On enlève deux trompes énormes épaissies, à parois bosselées, renfermant du pus caséeux, l'une d'elles adhérente se rompt et le pus se répand dans le péritoine. Les ovaires sont atrophiés et adhérents. On trouve des granulations dans le pavillon des trompes. Lavage du péritoine à l'eau distillée chaude. On place deux gros drains qui restent 36 heures. L'opération, très pénible, a duré une heure un quart. Les suites opératoires furent parfaites et la malade quitta la Salpêtrière guérie et pouvant marcher facilement, le 24 juillet 1889. Elle jouit d'une santé parfaite jusqu'au mois de décembre 1889. A cette époque, elle rentre à la Salpêtrière. On constate une masse indurée assez volumineuse, autour de l'utérus refoulé à gauche et comprimant le rectum. Cette induration provoque des douleurs à la défécation. Actuellement les accidents ont disparu. La malade a engraisé et n'a plus de douleurs. (Octobre 1890.)

OBSERVATION XVI.

(Terrillon.)

M^{me} R..., âgée de 23 ans, a eu deux enfants. Le début de sa maladie abdominale remonte à cinq ans, sans autre étiologie bien nette que la tuberculose. Des poussées inflammatoires fréquentes se répètent dans le petit bassin. En même temps apparaissent des accidents pulmonaires probablement tuberculeux. Les règles sont douloureuses. Depuis huit jours il y a des signes de supuration pelvienne. L'opération eut lieu le 23 janvier 1889. L'ablation fut difficile. On rencontra, en effet, des adhérences épaisses et d'une destruction très difficile. Aussi deux abcès de l'ovaire se rompirent-ils dans le péritoine qu'il fallut drainer. La guérison fut néanmoins obtenue et l'état général profita largement de l'opération. Cette malade est encore vivante (octobre

1890). Malheureusement, elle est atteinte d'une tuberculose pulmonaire et sa santé s'altère de jour en jour sous l'influence de cette lésion.

OBSERVATION XVII.

(C.-M. Wilson. — *American journal of obstetric*, mars 1887, Société d'obstétrique de Philadelphie. Séance du 6 janvier 1887.)

Pyo-salpingite tuberculeuse.

Femme de 19 ans, nullipare. Réglée à 13 ans. Règles toujours très douloureuses, souvent intolérables. Etat général mauvais. De prime abord, la malade offre l'aspect d'une tuberculeuse. La castration est proposée à cause des douleurs excessives de la menstruation.

Laparotomie. — Les deux trompes sont du volume « d'une grosse saucisse » et les deux ovaires kystiques. Des adhérences nombreuses enveloppent les trompes et les ovaires, rendent l'opération difficile et la font durer 1 h. 10.

Lavage au sublimé au $\frac{1}{8000}$.

Bacilles nombreux au microscope. Pus verdâtre dans les trompes. Convalescence marquée par une arthrite dont les symptômes furent si peu aigus qu'on ne put savoir si elle était septique, rhumatismale ou hystérique. La convalescence fut bonne à part cela.

Aujourd'hui son médecin écrit qu'elle est complètement hors d'affaire et qu'elle vague à ses occupations. La tuberculose ne fait aucun progrès.

OBSERVATION XVIII.

(J. Homans, *The Lancet*, 11 février 1888.)

Péritonite et salpingite tuberculeuses. — Salpingotomie.

Fille de 17 ans, institutrice. Bonne apparence de santé, mais un peu pâle cependant. Abdomen énorme, mais règles normales. La malade n'est pas émaciée.

La malade se présente à Homans en avril 1887 et raconte qu'elle a vu son ventre se développer depuis un an, mais très

lentement et d'une façon continue ; on pense à un kyste ovarique.

Laparotomie en avril 1887. L'écoulement du liquide laisse voir toute la cavité abdominale criblée de petites granulations (utérus, intestin, péritoine, les deux ovaires, les deux trompes en sont couverts).

Ablation d'une trompe et de son ovaire. Toilette soignée du péritoine. Tubes à drainage et sutures.

Immédiatement après que le tube est placé, écoulement du liquide. Les pièces furent examinées par le professeur Fitz qui affirma la tuberculose. On enleva le drain le troisième jour. La malade sortit au bout de trois semaines.

21 décembre 1887. — Le médecin de cette malade écrit à Homans que le ventre est de volume normal. Il n'y a pas de fièvre, pas de douleurs. L'appétit est bon. La malade, bien qu'un peu faible, travaille et donne des leçons de musique.

OBSERVATION XIX.

(Hégar.)

Salpingite tuberculeuse. — Salpingotomie.

L..., 27 ans, nullipare. Hérité tuberculeuse. Régliée à 17 ans, régulièrement (4 à 5 jours) avec douleurs spasmodiques dans le ventre (aurait trop dansé). Mariée à 22 ans. Bien portante pendant deux ans. Les douleurs reviennent. Depuis l'âge de 25 ans, le ventre est souvent ballonné et sensible à la pression. A partir de 26 ans, le ventre est constamment douloureux avec irradiations dans les cuisses. Sensations de brûlure à l'épigastre, vomissements. Mictions douloureuses. Constipation. Garde le lit depuis un an et demi.

16 juillet 1883. -- Col à sa position normale. Le col de l'utérus est dévié à droite et en avant. Ligament gauche large, un peu épaissi. Ovaire gauche gros comme un œuf de pigeon, légèrement adhérent. Le ligament large droit se confond avec une tumeur molle, élastique, du volume d'un œuf de poule, qui siège au voisinage de la paroi droite du bassin jusqu'à l'articulation sacro-iliaque très peu mobile.

On pratique la salpingotomie le 18 juillet. L'ovaire gauche et la trompe adhèrent entre eux et aux organes voisins ; la paroi de la trompe est épaissie, son contenu est épais et caséeux. A droite, kyste ovarien et tubaire. Bacilles de Koch.

La convalescence est bonne. Les règles réapparaissent au bout de six mois ; elles durent de six à sept jours d'abord, puis de trois à quatre. Leur apparition ramène un malaise général. Après un an, on trouve à l'auscultation de l'induration d'un des sommets. La malade fut revue en 1886 puis en 1888. L'état de santé était excellent. La lésion du poumon était enrayée.

OBSERVATION XX.

(*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1890. Delagénère, interne des hôpitaux.)

Salpingite tuberculeuse double.

Mathilde G..., entrée le 23 juin 1890, hôpital de la Pitié, service de Lucas-Championnière. Régulée depuis l'âge de 12 ans, régulièrement, n'a eu ni enfants, ni fausse-couche. Soignée, il y a dix ans, pour une rétrodéviation de l'utérus, puis, il y a quatre ans, pour un phlegmon du ligament large gauche. Souffre depuis ce temps du côté gauche, sans exagération, des douleurs au moment des règles. Présente des phénomènes parétiques des deux jambes et du bras gauche.

Etat général assez bon. Douleurs irradiées sur le trajet des nerfs abdomino-génitaux. Hyperesthésie des régions ovariennes. L'utérus est en rétroflexion peu mobile et les mouvements qu'on lui imprime sont douloureux. Dans le cul-de-sac gauche, une tumeur à peine sensible, de consistance ferme, mais pas absolument dure et remplissant tout le cul-de-sac. Elle se continue avec la corne utérine du même côté. Dans le cul-de-sac droit on sent à peine une tuméfaction élevée. Laparotomie, le 11 juillet. Après avoir détruit des adhérences considérables, on trouve de chaque côté de l'utérus une masse adhérente aux parties voisines dont la libération est difficile. On enlève les annexes après ligature de chaque pédicule. Suture des parois abdominales. Santé excellente.

Examen des pièces. A droite, la trompe est dilatée, rectiligne, surtout développée à son extrémité abdominale où elle mesure trois centimètres. Du côté gauche, la trompe présente des altérations analogues mais elle est recourbée et sinueuse.

Le contenu des trompes est semblable à celui des kystes dermoïdes. Il graisse les doigts et contient de la cholestérine.

La surface de la paroi est jaunâtre, couleur chamois, irrégulière, avec des plaques proéminentes jaune-brunâtre. Les trompes ont été sectionnées au niveau de leur insertion, à l'utérus. Sur leur section on rencontre un tissu semi-transparent, dense, qui a épaissi leur paroi au point d'oblitérer la lumière. On pense à la tuberculose et l'examen histologique révèle des cellules géantes colossales accompagnées de cellules épithélioïdes.

OBSERVATION XXI.

(Thiercelin, *Bulletin Société Anatomique*, Avril 1889.)

Tuberculose primitive des trompes, du col de l'utérus et du vagin, consécutive à un avortement.

Françoise H..., 24 ans, ouvrière, entrée le 12 février 1889 dans le service du professeur Cornil.

Aurait eu en octobre 1888 une fausse-couche de quatre mois. Il y aurait eu des accidents péritoniques et elle est restée deux mois à la maternité. A son entrée à l'hôpital, affaiblie et amaigrie T. 39° le soir, 37°,5 le matin. Vomissements bilieux, alternatives de constipation et de diarrhée. Douleurs hypogastriques. Douleurs à la palpation. Empatement se sentant dans la fosse iliaque droite. Le toucher vaginal révèle l'empatement des culs-de-sac et l'existence de granulations sur les deux lèvres du col utérin. La malade va se cachectisant et il apparaît des signes de tuberculose pulmonaire. Mort le 12 avril. Autopsie le 14. Granulations tuberculeuses dans la plèvre droite. Cavernules et tubercules agglomérés au sommet des deux poulmons. Granulations péritonéales. Foie graisseux.

On enlève les organes du petit bassin. L'utérus semble augmenté de volume. La trompe gauche est repliée sur elle-

même et forme une masse arrondie renfermée dans une enveloppe fibreuse coiffant l'utérus.

Cette trompe est très dilatée et laisse écouler à la section un pus caséeux et épais qui la distend. On ne reconnaît plus le pavillon.

La trompe droite occupe sa place normale mais elle est considérablement augmentée de volume. Elle présente des sinuosités nombreuses qui la font ressembler à une circonvolution cérébrale. Elle est remplie de pus caséeux. Son pavillon s'ouvre dans le péritoine. A l'extrémité du pavillon droit une masse grosse comme une amande caséuse qui semble être l'ovaire. On trouve des granulations nombreuses sur la muqueuse utérine, les lèvres du col, des ulcérations tuberculeuses dans le vagin.

Cette observation semble être une tuberculose primitive des organes génitaux.

OBSERVATION XXII.

(Rapport d'autopsie. — P. Ménétrier, *Bulletin Société Anatomique*, 1888.)

Dans l'autopsie d'une femme morte à 24 ans de tuberculose pulmonaire dans le service de Jaccoud, on trouve de l'endométrite tuberculeuse. La trompe gauche est légèrement gonflée à sa partie moyenne et consistante. Sa muqueuse épaissie à ce niveau présente une couche jaunâtre. Une coupe microscopique la montre infiltrée de cellules migratrices et contenant quelques cellules géantes. Les bacilles sont nombreux.

OBSERVATION XXIII.

(Rapport d'autopsie. — (P. Ménétrier, *Bulletin Société Anatomique*, 1888.)

Femme de 30 ans, morte de tuberculose pulmonaire.

Les deux trompes sont altérées et présentent le volume du doigt. Elles sont peu déformées, il n'y a pas de modifications de leur surface externe. La muqueuse est épaissie et recouverte de matière caséuse. Pas de lésion de l'utérus et des ovaires.

Examen microscopique. — Les couches musculaires et séreuses sont épaisses, fibreuses, parcourues de nombreux vaisseaux. Les replis, très hypertrophiés, sont pour la plupart soudés à leur extrémité libre. Le tissu des franges est infiltré de cellules migratrices constituant des formations tuberculeuses typiques. On trouve de gros amas en dégénérescence caséuse, des cellules géantes de taille exceptionnelle. On trouve également des bacilles.

OBSERVATION XXIV.

Pozzi présente à la Société de chirurgie (30 décembre 1892), l'utérus et les annexes d'une femme à qui il avait fait la laparotomie pour une tuberculose primitive de la muqueuse utérine et des trompes. Trois curetages avaient été faits sans succès. L'examen d'un fragment de muqueuse a montré les follicules et les bacilles.

Les trompes sont épaisses, adhérentes sans pus.

OBSERVATION XXV.

(*Bulletin Société Anatomique de Paris* 1893, Périon, interne.)

X..., 12 ans, morte de granulie dans le service de Sevestre à l'hôpital Trousseau.

Le pavillon de la trompe droite examiné en place, présentait à son orifice une ulcération à bords grisâtres et déchiquetés. Dans son ensemble cette trompe était considérablement augmentée de volume. Son extrémité externe atteignait la grosseur du pouce. Pendant l'extraction de la masse des organes contenus dans le petit bassin, il s'écoula par l'orifice de la trompe une sorte de matière qui se laminait au passage.

A la place de ce pavillon on peut constater l'existence d'une cavité irrégulière dont la surface interne est recouverte d'une sorte de bouillie grisâtre. L'ovaire droit est sain.

La trompe gauche est fermée à son extrémité externe. Elle atteint le volume d'un crayon et à sa coupe on retrouve la même substance que dans la trompe droite. L'ovaire gauche est sain.

La surface péritonéale des trompes ne présente pas de tubercules. Au-dessous d'elle on aperçoit dans la profondeur de la

tunique musculaire deux ou trois tubercules caséux de la grosseur d'un grain de mil.

Le col de l'utérus est sain, mais le corps distendu par un noyau considérable. Pas de tubercules dans le vagin. L'enfant présentait en outre des lésions tuberculeuses du poumon, du foie, de la plèvre, et un mal de Pott.

Il y avait de nombreux bacilles dans la substance caséuse de la cavité tubaire.

OBSERVATION XXVI.

(Heydenreich.)

Pyosalpingite tuberculeuse.

Weille, 39 ans, entrée le 20 novembre 1893 à l'hôpital civil de Nancy. Salle 5, n° 1.

Neuf frères et sœurs de morts sur quatorze. Une sœur de la malade est actuellement tuberculeuse. Rien de particulier dans les antécédents. Deux enfants, le dernier a onze ans, couche facile, n'a jamais perdu en jaune.

Brusquement, vers le 24 juillet, a été prise de frissons, de vomissements et de fièvre. Cette fièvre dure d'une façon continue pendant quinze jours avec exacerbations vespérales. La malade est traitée pour une fièvre intermittente.

Au bout de ces quinze jours la malade a ses règles, mais d'une façon très intense. Elles durent huit jours au lieu de trois. La malade perd des caillots. Depuis la malade a des métrorrhagies répétées et abondantes ; peu d'appétit. Elle a des douleurs très violentes qu'elle localise dans le flanc gauche. Elle reste couchée la plus grande partie de la journée. Aussitôt qu'elle se lève et fait le moindre effort, les douleurs deviennent très abondantes, le repos au lit calme tous ces symptômes. La malade a de temps en temps des poussées fébriles.

Etat actuel. — Femme bien constituée, très nerveuse. Respiration diminuée au sommet gauche, expiration prolongée. Dans le flanc gauche on sent une tumeur du volume d'une orange. Au toucher, on s'aperçoit que l'utérus est couché sur le côté droit,

le col occupant le cul-de-sac gauche. La tumeur est mobile sur l'utérus.

Mardi 10 décembre. — On se décide à opérer la malade. On fait une incision sur la ligne blanche longue de 10 centimètres. On arrive sur le péritoine qui est incisé sur la soude cannelée.

On récline les intestins vers la partie supérieure de l'abdomen. On tombe sur une tumeur du volume du poing située à gauche et au-dessus de l'utérus, c'est la trompe dilatée.

Cette tumeur a des adhérences assez légères avec les organes voisins. On détruit les adhérences en commençant par la partie postérieure. A ce moment les parois de la tumeur s'entr'ouvrent à la partie antérieure et donnent issue à un pus très fétide. On met des pinces sur l'ouverture, mais les parois friables se déchirent à côté. Il s'écoule environ 500 grammes de pus qui fuse en partie dans le péritoine. On fait la toilette du péritoine avec de l'eau distillée chaude.

Le pus ayant complètement disparu on met une pince sur le pédicule de la tumeur, puis on excise cette dernière.

On fait la ligature du pédicule au-dessous de la pince avec trois points de suture à la soie. L'exploration de la trompe droite montre qu'elle présente des adhérences, mais pas de poche kystique.

On refait de nouveau un lavage du péritoine puis on suture le péritoine en le laissant ouvert sur une étendue de 3 centimètres. On suture les muscles et la peau sur la même étendue que le péritoine. On introduit dans le cul-de-sac postérieur un drain de Mikulich composé d'un tube de caoutchouc entouré de gaze iodoformée.

Examen de la tumeur. — Elle forme une poche de la grosseur d'une mandarine, située à l'extrémité de la trompe. A sa partie supéro-interne, à la jonction du kyste et de la portion non dilatée de la trompe, on remarque une plaque caséuse de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, faisant saillie du côté de la face péritonéale du kyste. Au voisinage de cette plaque et toujours sur la face péritonéale du kyste, on aperçoit des masses caséuses plus petites et même deux granulations isolées de couleur gris jaunâtre. En quelques points, la paroi du

kyste est envahie jusqu'à la face interne de la poche ; du reste, cette face interne est lisse. L'examen histologique de la partie malade, pratiqué par le Dr Pillon, chef de clinique, y fait découvrir des follicules tuberculeux absolument typiques.

11 décembre au soir. — La malade est très agitée, se plaint de violentes douleurs dans le flanc gauche. T. 30°. Pouls 120.

Elle a uriné spontanément après l'opération.

12 décembre au soir. — La malade a eu des vomissements chloroformiques dans la journée. La douleur a disparu en partie. Se plaint d'avoir le ventre ballonné, a eu des gaz. T. 37°,6. Pouls 100.

13 décembre. — A eu deux selles abondantes provoquées par un lavement, ne souffre plus. T. 36°,8.

On enlève le pansement et on retire le drain. Il y a eu un léger suintement sanguin.

14 décembre. — Bon état général et local.

14 décembre. — Une selle.

15 décembre. — Une selle.

20 décembre. — Etat général excellent, la plaie se ferme. La malade mange et dort bien. Quitte l'hôpital le 30 décembre complètement guérie.

La malade a été revue par moi, le 3 novembre 1897, en excellente santé.

OBSERVATION XXVII.

(Piliet et Gutton. — *Archives de tocologie*, 1893.)

La nommée Au... Georgette, 26 ans, journalière, entrée le 13 mai 1893, salle Lisfranc.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de péritonite 4 ans après une couche. Père vivant. Trois frères et trois sœurs morts de convulsions dans leur enfance. Deux autres frères et deux autres sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Enfance malade. Variole à l'âge de 3 ans. Premières règles à 18 ans, trois mois après son mariage ; six mois s'écoulent ensuite sans qu'elles reparassent. C'est seulement depuis deux ans qu'elles viennent régulières et durent quatre à cinq jours. Leucorrhée très abondante. Jamais

de grossesse. Le ventre a toujours été sensible, même dans l'enfance, et les règles douloureuses depuis leur première apparition. Du 20 avril au 10 mai, treize jours avant les dernières règles, quatre jours pendant et quatre jours après, survint une intolérance absolue pour les aliments, et des vomissements répétés sept ou huit fois par jour ; en même temps le ventre se ballonna, devint d'une sensibilité exquise et la constipation s'établit opiniâtre.

Depuis le 10 mai, tous ces phénomènes se sont amendés et les vomissements ont complètement cessé, seule, la constipation persiste.

Actuellement (13 mai 1893), la palpation des deux fosses iliaques réveille la douleur, mais ne permet pas de sentir aucune lésion matérielle. Le col est petit, conique, tourné à gauche, son orifice est circulaire, du diamètre d'un porte-plume environ, et les bords en sont minces. La consistance est ferme. Dans le cul-de-sac postéro-latéral droit, on sent une tumeur très dure, grosse comme une noix. Dans le cul-de-sac gauche existe une tumeur plus petite. Dans le cul-de-sac antérieur, on sent la face antérieure de l'utérus antéfléchi. Le fond de l'utérus est à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse postérieure et à droite ; l'organe dans son ensemble est mobile. Par le toucher et le palper combinés, on sent en arrière et à droite de lui une tumeur dure en continuité avec celle placée dans le cul-de-sac postéro-latéral droit et indépendante de l'utérus. Par la première mode d'exploration, on sent sur la partie latérale gauche de l'utérus une autre tumeur moins volumineuse que la première, et accessible à la fois par la main abdominale et le doigt vaginal. Toute cette exploration est douloureuse. Poumons et cœur sains. Urines normales. La malade est soumise au repos absolu et traitée par des injections très chaudes et très prolongées jusqu'au 19 juin. Le traitement n'ayant amené que peu de modifications, M. le professeur Tillaux lui pratiqua la laparotomie le 20 juin.

Opération. — La malade est placée dans la position de Trendelenburg, et, après les précautions antiseptiques d'usage, les téguments sont incisés sur la ligne médiane sur une longueur

de dix centimètres environ. Ouverture du péritoine. On sent alors sur la partie latérale droite de l'utérus une tumeur constituée par la trompe et l'ovaire du côté droit augmentés de volume et adhérents aux parties voisines.

La décortication et la pédiculisation se font cependant sans trop de difficultés. Ligature du pédicule auprès de la corne externe et section du pédicule. Les annexes du côté gauche ne présentent pas de lésions, mais seulement quelques adhérences aux parties voisines. Elles sont libérées de ces adhérences et laissées en place. Le péritoine est ensuite épongé, puis le ventre est ensuite refermé à l'aide de six points de suture à la soie, comprenant toute l'épaisseur de la paroi. Pour obtenir un affrontement parfait des téguments, des crins de Florence sont placés entre les fils de soie, ils comprennent seulement l'épaisseur de la peau. Les suites opératoires sont simples, la température vaginale ne dépasse pas 37°,6 le soir et 38°,3 le matin. Le pouls s'éleva une seule fois à 110° le troisième jour au soir.

Enfin, il n'y eut pas de douleurs, malgré l'apparition des règles qui eut lieu le neuvième jour après l'opération. Les fils furent enlevés le dixième jour, la réunion était parfaite et complète. La malade sortit trois semaines après son opération ; revue le 30 juillet, elle nous a dit ne plus avoir éprouvé la moindre douleur depuis lors.

EXAMEN DE LA PIÈCE.

Examen direct. — La pièce enlevée se compose de la trompe et de l'ovaire droits. L'ovaire est volumineux, sa surface est inégalement bosselée, présente par place des épaissements cartilaginiformes. A la coupe, il est dur et résistant, parsemé de taches blanches, cicatricielles. Il présente de plus un kyste hématique du volume d'une petite noix. La trompe présente une portion pelotonnée et flexueuse, adhérente à l'utérus, dans laquelle son calibre est extrêmement rétréci, et une portion plus large dans laquelle elle atteint le volume du pouce. Sur une section, on constate que l'épaisseur de sa paroi est considérable. Sa cavité, assez réduite, ne contient pas de pus, mais se montre

couverte de végétations arrondies, mûriformes, d'un rouge sombre.

L'examen histologique montre dans l'ovaire un épaississement considérable de tous les vaisseaux, qui sont entourés d'amas embryonnaires. La couche ovulaire ne contient que des ovules très petits, tous d'égal volume, aucun d'eux ne subissant leur développement normal. Le kyste hématique est constitué aux dépens d'un corps jaune dont les cellules caractéristiques sont très raisonnables. La trompe, dans sa portion épaissie, présente une infiltration considérable de follicules tuberculeux à tous les degrés de développement, parsemés de cellules géantes nombreuses. La répartition de ces follicules n'est pas sans intérêt. A la face interne de la trompe, l'épithélium est en grande partie conservé sur les saillies arrondies que nous avons mentionnées, et l'on peut se rendre compte que ces saillies ne sont autre chose que les franges normales de la muqueuse, qui sont renflées, épaissies et rendues sessiles par les follicules tuberculeux qui les distendent. Des groupes de cryptes très allongées et proliférantes remplissent les crevasses qui séparent chacune de ces franges transformées par l'infiltrat tuberculeux en bourgeons framboisés. L'aspect de la lésion, en ce point, rappelle donc beaucoup celui de la tuberculose intestinale chronique à début par la muqueuse. Au-dessous se voit un plan dans lequel les follicules, occupant la couche musculuse, sont surtout fibreux ; ils sont néanmoins fort abondants et dissolvent profondément cette couche. Enfin, la couche sous-péritonéale est occupée par des tubercules massifs, en grande partie caséeux, et l'on peut voir sur les follicules les plus jeunes, contenant encore des cellules géantes, que ces tubercules sont développés autour des vaisseaux et non pas dans la charpente des villosités comme ceux de la surface. C'est donc à une forme de tuberculose hyperplasique plutôt qu'ulcéreuse que nous avons affaire, et cette forme se rapproche beaucoup, par ses caractères anatomiques, de celle qu'on observe dans le cœcum et qui a été souvent prise pour une tumeur maligne à cause de l'exubérance de bourgeons résultant de la transformation de la muqueuse. Nous avons, du reste, observé dans le service de M. le professeur

Tillaux, un autre cas de tuberculose des trompes (bilatérales cette fois), dans lequel l'épaississement des parois tubaires était également très marqué.

OBSERVATION XXVIII.

(Sippel. — *Deutsche medicalische Woche*, 1894.)

Tuberculose génitale chez la femme.

Vierge de 20 ans, parents morts phthisiques. Depuis un an et trois mois se plaint de douleurs abdominales du côté droit. Ovaire droit penchant un peu en arrière, bosselé. Trompe droite sensible à la pression. Bains, tamponnement, insuccès.

Laparotomie. Extraction de la trompe et de l'ovaire droits. Leur surface est couverte de petits tubercules. La muqueuse tubaire est tuberculeuse aussi. Le péritoine n'est attaqué que dans le voisinage de la trompe. Guérison facile. L'état général s'améliore, seulement, six mois après, la fille se plaint des mêmes douleurs, cette fois du côté opposé. On fait d'abord le raclage de l'utérus. La muqueuse de ce dernier macroscopiquement indemne montra sous le microscope des formations tuberculeuses assez nombreuses.

Laparotomie. A droite, toute lésion d'origine tubaire avait disparu. Il n'y avait plus de lésion qu'à gauche. Extraction de la trompe et de l'ovaire gauches. Succès.

Deux ans et demi après, la jeune fille se porte toujours bien et n'est pas tuberculeuse.

OBSERVATION XXIX.

(A. Schwartz. — *Gazette médicale, la Russie méridionale*, 1897.)

Tuberculose primitive des organes génitaux internes chez la femme.

Jeune femme, 24 ans, entrée à l'hôpital pour des troubles gastriques sérieux, surtout depuis dix-huit mois. Il y a trois ans elle accouche pour la première fois ; pendant les six premières semaines qui suivirent l'accouchement, elle eut des hémorrhagies ; puis ses règles ne revinrent plus.

A l'hôpital on constate des signes d'induration au sommet droit et de la péritonite partielle subaiguë. Plus tard des signes d'ulcère du duodenum et la malade succomba seize jours après son entrée.

Rien, ni les phénomènes subjectifs, ni la palpation de l'hypogastre, ne permettait de supposer une lésion de l'appareil génital. Le toucher n'avait pas été pratiqué, la tuberculose et l'amaigrissement expliquant la suppression des règles. Cependant on trouve outre la tuberculose miliaire du péritoine et des plèvres et des ulcères tuberculeux de l'estomac et du duodenum, la dégénérescence caséeuse des deux ovaires qui avaient le volume d'une pomme et qui adhéraient entre eux. Les trompes avaient complètement disparu.

Les quatre observations qui vont suivre ont trait à la tuberculose tubaire dans le jeune âge. J'ai déjà cité l'opinion de Penrose et de Beyhëa qui déclaraient la salpingite tuberculeuse possible à tous les âges, et citaient comme âge limite à laquelle elle avait été observée, dix semaines et 83 ans.

OBSERVATION XXX.

(Paul Maas. *Archiv für Gynæcologie*, n° 51.)

Tuberculose de l'appareil génital dans l'enfance.

Gertrude Sh..., 5 ans. Père mort d'appendicite, mère bien portante. L'enfant a toujours été faible, mal de Pott, angines fréquentes. Tousse depuis quatorze jours. Expectoration purulente non striée de sang. Sueurs nocturnes ; selles noirâtres fortement odorantes.

Etat actuel et diagnostic. — Tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire, tuberculose peut-être généralisée à d'autres organes. Pas de symptômes de péritonite. L'enfant, entrée à l'hôpital le 25 mai 1895, meurt le 17 juin.

AUTOPSIE. — Tuberculose miliaire du poumon et d'autres organes. Méningite tuberculeuse. Tuberculose des ovaires et

des trompes. Les trompes sont grossies de volume, flexueuses, remplies de masses caséeuses. On les met dans le liquide de Müller puis on les durcit à l'alcool. Les coupes sont colorées à l'éosine et à l'hématoxyline-alun. La muqueuse des trompes était remplacée par des masses caséeuses. La couche musculaire était fortement infiltrée de cellules lymphoïdes et richement vascularisée, contenant des tubercules nombreux. Des cellules géantes se rencontrent dans les trois couches de la paroi tubaire.

D'après l'auteur les organes génitaux auraient été pris les premiers et le point de départ de la tuberculose généralisée.

OBSERVATION XXXI.

(Massler. — Breslau, 1883.)

Tuberculose des organes génitaux de la femme dans la première enfance.

Il n'y a que le rapport d'autopsie.

Marthe F..., 5 ans, angine et laryngite diphtériques légères. Pleurite tuberculeuse double. Pneumonie caséeuse, tuberculose pulmonaire. Péritonite tuberculeuse. *Endométrite et salpingite* tuberculeuses. Il y avait du pus tuberculeux dans les trompes.

OBSERVATION XXXII.

(Due au même auteur.)

Clara S., 2 ans et demi. Pleurite sclérofibrineuse et fibreuse chronique. Pneumonie catarrhale gauche, tuberculose pulmonaire droite. Péritonite chronique. Perisalpingite fibreuse partielle tuberculeuse.

Les deux trompes sont fortement tuberculeuses augmentées de quatre fois leur volume ordinaire, de couleur jaunâtre. Toute la paroi n'est plus qu'une masse caséeuse. Le péritoine qui la revêt montre quelques tubercules. L'utérus est légèrement grossi, rempli de matière caséeuse. Les deux ovaires ont subi la même dégénérescence.

OBSERVATION XXXIII.

(Due à Frerichs. *Beiträge für Tuberculose* 1882.)

Martha R., 3 ans. Péritonite tuberculeuse subaiguë, sclérofi-

brineuse. Pleurésie tuberculeuse récente droite. Tuberculose du poumon, du foie, des reins, des trompes et de l'utérus.

A l'ouverture du sac péritonéal s'écoule une grande quantité d'un liquide peu dense. La séreuse de l'intestin grêle, de même que le tablier péritonéal présentent une multitude de granulations jaunâtres; il en est de même du péritoine pariétal. Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume et caséux à la coupe. Le rein et la rate sont tuberculeux.

Les ovaires sont petits, rudes au toucher, de constitution fibreuse.

Les trompes sont fortement flexueuses, noueuses surtout à leur partie abdominale. L'épithélium tubaire est changé en une masse caséuse informe du côté droit. Du côté gauche il est rempli de produits miliaires au-dessus desquels se voient de grandes granulations grises qui deviennent caséuses vers la partie abdominale de la trompe.

Les observations 34, 35, 36, 37 me sont dues à l'obligeance de M. le docteur Chandelux de Lyon. Elles me sont parvenues au moment de l'impression, ce qui ne m'a pas permis de leur donner une meilleure place, merci à M. Chandelux et à M. Fèhant, étudiant en médecine.

OBSERVATION XXXIV.

(Hôtel-Dieu, salle Saint-Pierre, lit, n° 7.)

Ascite tuberculeuse enkystée. — Symptomatique d'une salpingite tuberculeuse. — Laparotomie et drainage après salpingectomie. — Mort.

M^{lle} M., H..., 24 ans, lingère, née à Angletfort (Ain). Entrée le 25 novembre 1890, morte le 27 mai 1891.

Père mort à 67 ans, probablement d'un carcinome stomacal. Mère morte en couches. Trois frères ou sœurs morts tout jeunes, d'affections inconnues. Un frère et une sœur bien portants.

Pas de manifestations scrofuleuses dans l'enfance.

A l'âge de cinq ans, convulsions suivies de l'apparition d'un pied-bot paralytique double pour lequel elle a été soignée pour la première fois dans cette salle même au mois de mai dernier, le pied gauche fut redressé, puis placé dans un appareil plâtré. Le résultat n'a été que partiel.

Jamais d'autres maladies aiguës. Ni syphilis, ni alcoolisme. Pas de grossesse.

Excellente santé jusqu'à une époque qui remonte à un an environ. Elle commence à se plaindre alors uniquement d'une sensation de brûlure profonde au niveau du petit bassin, sans douleur vraie. Bientôt survient un peu d'amaigrissement de l'inappétence, quelques légers troubles dyspeptiques.

Il y a deux mois et demi, sans cause appréciable, cette sensation de brûlure devint une véritable douleur, presque continue, sourde, profonde, subissant par moment des exacerbations, surtout pendant la nuit.

Par deux fois seulement, il y eut des vomissements bilieux de couleur verdâtre.

Cette douleur était fixe, et n'a jamais présenté d'irradiations du côté des lombes, du périnée ou des membres inférieurs. Au bout d'une semaine environ après le début des douleurs, le ventre avait grossi presque jusqu'à atteindre le volume qu'il présente actuellement. Il augmenta encore un peu pendant trois semaines environ. Depuis lors, son volume est resté stationnaire.

Quant aux douleurs, elle ont persisté, quoiqu'elles fussent moins aiguës, avec des exacerbations moins fréquentes.

La malade se plaint toujours, au moment de son entrée, des mêmes douleurs sourdes qui l'empêchent parfois de dormir. La marche ne les augmente pas. Elle est faible et son appétit notablement diminué.

Facies tiré, pâle, subissant de loin en loin des poussées congestives brusques et passagères. — Langue normale.

Pas d'autres troubles digestifs qu'une sensation de pesanteur stomacale avec étouffements et bouffées de chaleur à la face. Tous ces phénomènes se produisent au plus dix minutes après l'ingestion des aliments.

Pas de vomissements d'aucune nature.

Selles très régulières, — alternatives de constipation et de diarrhée glaireuse.

Pas de toux, ni d'expectoration. Jamais d'hémoptysie. Sonorité thoracique normale.

Pas de bruits respiratoires anormaux, — la respiration s'entend jusqu'à la base des deux côtés.

Essoufflement facile, se produisant au moindre effort. Pas de palpitations cardiaques.

Choc précordial à peine perceptible. Bruits du cœur réguliers, rapides (100) mais sourds. Le premier bruit est soufflant dans la région médiocardiaque — le souffle se retrouve dans les vaisseaux du cou, où il est plus facile de faire naître un souffle diastolique et un bruit de diable.

Pas de troubles urinaires, pas de ténésme vésical, jamais de rétention, jamais d'hématuries, jamais d'ictère.

La menstruation s'est maintenue très régulière depuis le début des accidents, jamais de métrorrhagie. Pas de leucorrhée.

A diverses reprises et maintenant encore, léger œdème mal-léolaire.

Il n'y a pas eu de gonflement des seins à aucun moment. L'aréole du mamelon est pigmenté normalement chez la malade. Pas de tubercules de Montgomméry.

L'abdomen présente une dilatation considérable, remontant très au-dessus de l'ombilic. Cependant la saillie maxima est située au-dessous de ce dernier.

La tumeur est sensiblement sphérique plutôt qu'ovoïde, elle descend sur les cuisses quand la malade est couchée, et cela un peu plus à gauche qu'à droite ; elle n'envahit pas les deux hypochondres qui restent libres dans le décubitus horizontal. La tumeur ne s'étale et ne change pas de forme quelle que soit la situation de la malade. La tumeur est mobile en masse.

Elle est tendue, rénitente, et donne sur toute sa surface la même sensation. Matité (convexe en haut) sur toute la surface de la tumeur, avec sonorité dans les hypochondres. Pas de déplacement de la matité.

La sensation de flot est facile à obtenir.

En auscultant la tumeur, il est possible d'entendre un bruit de glouglou, quand d'autre part on percute la surface.

Pas de douleur à la palpation, sauf un point correspondant à la partie supéro-interne de l'hypochondre droit. En ce point, on perçoit un peu de crépitation neigeuse et un peu de frottement quand on ausculte.

On ne sent nulle part rien qui puisse faire penser aux annexes. Pas de circulation complémentaire.

Au toucher vaginal, on trouve le museau de tanche normal, le col n'est pas ramolli. Les culs-de-sacs sont libres. Les mouvements imprimés à la tumeur pendant le toucher, ne retentissent pas sur le col.

La tumeur ne s'affaisse pas après le cathétérisme.

T. R., oscille entre 38° et 39°.

Pas d'albuminurie.

Diagnostic. — Tuberculose génitale avec ascite.

13 Décembre. — Ventre plus souple, moins tendu, les douleurs ont diminué.

17 Décembre. — Ponction avec un trocart n° 2, de Dieulafoy.

On retire un liquide d'apparence ascitique, non hématique. La ligne de matité ne dépasse plus l'ombilic. Le ventre est plus étalé et n'a plus la forme ovoïde.

La température prise avant la ponction est de 38°,4.

21 Janvier 1891. — Ventre toujours volumineux, mais plus souple qu'au début. Il est sonore sur toute sa surface.

Leucorrhée abondante.

Facies très pâle, téguments très anémiés.

Grandes oscillations thermiques, avec rémission matinale et cela depuis quatre semaines.

Au toucher combiné avec la palpation de l'hypogastre, on délimite une tumeur du volume du poing sur la partie latérale gauche de l'utérus.

24 janvier. — Laparotomie.

Incision de 10 à 12 centimètres sur la ligne blanche. A l'incision du péritoine, issue de deux litres environ de liquide séro-purulent.

A l'exploration manuelle, qui suit cette issue, on trouve une

grande cavité fermée de toutes parts et recouverte en différents points de nombreuses granulations tuberculeuses.

Drainage avec suture partielle de l'incision; au catgut chromique, excision des deux trompes.

25 janvier. — La malade se trouve assez bien, le pansement est souillé et l'écoulement très abondant.

25 janvier. — Toujours de la température (au-dessus de 39°). Les grandes oscillations sont supprimées.

4 février. — 1^{er} pansement. La plaie est en bonne voie.

Écoulement toujours assez abondant.

État général un peu meilleur, mais la malade ne mange toujours pas avec appétit.

1^{er} mars. — La malade est pansée tous les deux ou trois jours. L'écoulement est toujours abondant. Le drain a été cependant diminué sans inconvénient.

L'état général n'est pas modifié de façon sensible.

1^{er} avril. — L'écoulement diminue peu à peu. Les oscillations thermiques ont repris. Toujours pas d'appétit.

27 mai. — Depuis le 1^{er} avril, la malade s'affaiblit de plus en plus, et n'a présenté aucun phénomène à noter.

Les pansements ont été faits régulièrement et notés sur la feuille de température.

Décès le 27 mai 1891.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve l'épiploon et l'intestin garnis de granulations. Sur la paroi antérieure de l'estomac, elles sont confluentes et en grand nombre. On en voit une sur la face antérieure du foie, de la grosseur d'une noisette.

La cavité est garnie de pus concrété et garnissant toutes les parois.

Les anses intestinales sont réunies entre elles par ces concrétions purulentes.

De chaque côté de la cavité, on voit filer deux fusées purulentes remontant dans les hypochondres et dont la gauche atteint le bord inférieur de l'estomac.

Poumons. — Droit : au sommet, quelques cavernules et gra-

nulations, quelques ganglions sont purulents. Gauche : rien de net, quelques granulations superficielles.

Foie. — Volumineux, gras, décoloré.

Reins. — Normaux.

Rate. — Volumineuse, hypertrophiée.

OBSERVATION XXXIV.

(Chandelux, inédite. — Salle Saint-Pierre, lit n° 26.)

Péritonite tuberculeuse. — Laparotomie. — Décollement des adhérences. — Amélioration considérable.

Mlle Aug..., 29 ans, ménagère, née à Colombier, demeurant à La Clayette. Entrée le 1^{er} juillet 1891.

Père âgé de 57 ans, bien portant, mère âgée de 55 ans, bien portante, un frère et deux sœurs qui se portent bien. Pas de frères ni de sœurs morts.

Réglée à 14 ans. Régulièrement, sans douleurs. Au début, pas de leucorrhée entre les règles, mais depuis sa dernière couche, leucorrhée abondante ; pas de métrorrhagie, règles seulement plus abondantes depuis son mariage.

Mariée à 22 ans, trois enfants, l'aîné âgé de six ans en bonne santé. Le second âgé de deux ans a été assez gravement malade. Actuellement il va bien. Le troisième enfant est mort à l'âge de 4 ans d'une broncho-pneumonie, après 10 jours de maladie.

Dans l'enfance, la malade a eu la rougeole, des maux d'yeux fréquents, des croûtes dans les cheveux, des ganglions cervicaux dont un seul s'est abcédé et ouvert. Un second abcès s'est ouvert à la ceinture au niveau des apophyses épineuses. Cet abcès n'a pas duré très longtemps.

Le mari de la malade est bien portant, il travaille constamment, mais cet hiver il a toussé pendant un mois et il a un peu maigri à ce moment.

La maladie actuelle a débuté il y a un an, mais depuis deux ans, après sa couche, la malade ne s'est jamais bien portée, elle a nourri pourtant son enfant quatorze mois, mais elle était faible — elle ne toussait pas. — Au mois de janvier dernier, elle a craché un demi verre de sang. Elle fut très malade à cette

époque, elle toussa pendant deux mois, et un abcès dont on voit la cicatrice s'ouvrit au niveau du genou gauche.

A son entrée la malade est pâle, faible, mais ne tousse pas. Le ventre est un peu augmenté de volume, pas de vomissements. Appétit complètement disparu depuis trois mois.

A la palpation, on trouve l'abdomen rénitent, pas d'ascite, matité fixe à droite.

Au toucher vaginal on sent dans le cul-de-sac droit une tumeur dure, fluctuante, du volume du poing, à gauche, plus profondément, on sent aussi une masse, mais moins volumineuse.

8 juillet. — *Poumons*. — Un peu d'obscurité au sommet. Ponction à l'aspirateur, du côté droit, sur le milieu de la ligne allant de l'ombilic à l'épine, on retire environ un litre et demi de liquide citrin.

27 juillet. — Laparotomie, incision de neuf centimètres environ. Le péritoine paraît épaissi. On trouve difficilement la cavité péritonéale, les intestins sont adhérents à la paroi, mais dans la partie inférieure de l'incision, on trouve une poche dont les parois sont constituées en arrière par la masse intestinale agglutinée, en avant par la paroi. C'est cette masse qu'on a ponctionnée.

Les intestins sont adhérents, leur surface est complètement dépolie et recouverte d'une masse de granulations blanc jaunâtre, pas d'amas de substance caséeuse. Les adhérences sont très solides, et en en libérant quelques unes on provoque une hémorragie assez intense ; de plus la paroi des intestins a l'air friable et ces deux faits forcent l'opérateur à s'arrêter dans le décollement de l'intestin.

Les trompes présentent des lésions, mais en raison de leur dissémination et des adhérences, elles ne sont point enlevées.

Suture profonde avec les crampons, superficielle au catgut chromique. Pas de drainage. Pansement antiseptique.

3 août. — La malade va bien, la température est presque normale, l'appétit est un peu revenu.

17 août. — La malade va aussi bien que possible.

Pas de température. Appétit. Plus de douleur abdominale au palper. Pas de tension, ventre souple.

Un bandage de corps est appliqué en attendant une ceinture hypogastrique.

22 août. — La malade sort, l'état général est bon. A la palpation on constate que tout empâtement a complètement disparu et que la souplesse du ventre est normale.

OBSERVATION XXXV.

(Chandelux, inédite.)

Ascite cloisonnée, symptomatique de tuberculose péritonéale. — Laparotomie. — Guérison opératoire.

M^{lle} R..., 20 ans, sans profession. Entrée le 9 janvier 1896, sortie le 28 janvier 1896.

Assez bonne santé antérieure, menstruation toujours régulière. N'a jamais eu de rapports sexuels. Aucun antécédent tuberculeux dans la famille, mais l'allaitement a été confié à une nourrice qui, à ce moment, a eu des adénites cervicales suppurées. La malade, elle-même, a présenté, il y a deux ans, une suppuration des ganglions sous-maxillaires, ayant persisté assez longtemps. Jusqu'au mois de septembre dernier, il ne se manifesta rien de particulier du côté du ventre. A ce moment, la malade commença à éprouver une pesanteur accompagnée d'un léger degré de ballonnement, mais, cependant, l'appétit restait bon et les digestions se faisaient normalement. Brusquement, dans les premiers jours de décembre, surviennent des douleurs abdominales assez vives avec augmentation rapide du volume du ventre et apparition de phénomènes fébriles le soir. Ces divers symptômes continuèrent à se développer et à s'accroître jusqu'au moment où la malade me fut présentée.

A l'examen, la malade était pâle, amaigrie, avec un ventre développé, saillant, mais non globuleux. Depuis plusieurs jours, la température s'élevait chaque soir à 38°5 ou 39° pour redevenir normale tous les matins. Le ventre ballonné, tendu, est un peu douloureux à la palpation, présente partout une consistance uniforme et donne, par choc, une sensation nette de flot.

1896 Janvier

180 42°

160 41°

140 40°

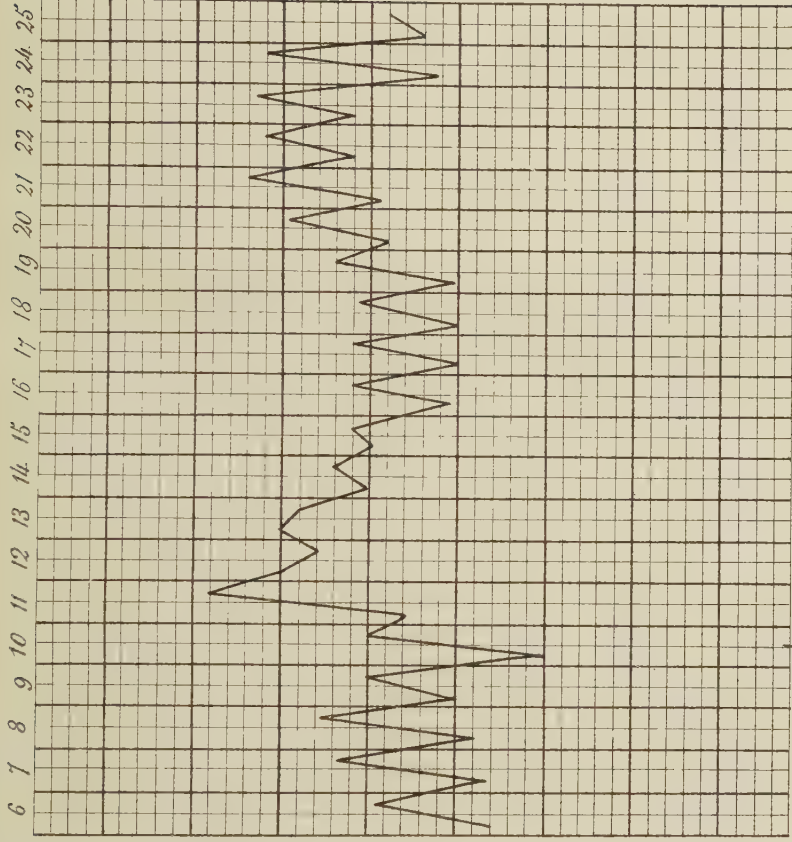
120 39°

100 38°

80 37°

60 36°

40 35°



Les grandes oscillations
ont continué jusqu'à la mort.

Tracé de température de l'observation XXXV.

Opération

Litho. H. Christophe, Nancy.

A la percussion, matité presque totale, limitée en haut, au niveau de la région épigastrique par une ligne courbe à concavité supérieure. Cette matité se déplace très légèrement dans les différents décubitus. Au toucher : utérus petit, très mobile, absolument libre et indépendant.

Rien de particulier au toucher rectal.

A l'auscultation, cœur normal, sommet gauche suspect, mais sans aucun signe certain de lésion matérielle du parenchyme.

Avec de tels signes, on fait le diagnostic d'ascite cloisonnée symptomatique d'une tuberculose péritonéale, et malgré la fièvre vespérale, on se décide à intervenir, c'est la seule chance de guérison qu'on puisse avoir.

11 janvier. — Anesthésie à l'éther. Incision des parois depuis le pubis jusqu'à l'ombilic. Aussitôt le péritoine incisé, il s'écoule une grande quantité de liquide ascitique, citrin, plusieurs poches indépendantes les unes des autres sont successivement ouvertes. Décollement méthodique de l'épiploon et séparation des anses intestinales accolées les unes aux autres. Granulations tuberculeuses innombrables sur toute la séreuse et sur les viscères. Les deux trompes, très augmentées de volume, rigides, sont parsemées de granulations tuberculeuses, elles sont enlevées des deux côtés. Toilette abdominale avec l'éponge trempée dans la solution phéniquée à $\frac{1}{50}$ puis exprimée. Suture à trois étages.

Après l'opération, la température s'éleva considérablement et la fièvre devint continue, pas de vomissements. Extrait thébaïque dix centigrammes, préparations créosotées, vin phosphaté. Au deuxième jour, pansement. Le quatorzième jour, la partie inférieure de la cicatrice s'ouvre et laisse écouler de grandes quantités de liquide intestinal avec gaz. La tuberculose continuant à évoluer a donc perforé l'intestin. En même temps, les signes stéthoscopiques apparaissent au sommet gauche et coïncident avec l'apparition d'une toux fréquente accompagnée d'expectoration teintée de sang. On fait rentrer la malade chez elle le 26 janvier dans un état qui semble ne plus laisser d'espoir de guérison, et, retournée chez elle, elle succombe à des lésions tuberculeuses du poumon, deux mois et demi après.

OBSERVATION XXXVI

(Chandelux, inédite.)

Tuberculose péritonéale à forme ascitique consécutive à une tuberculose des trompes. — Laparotomie. — Guérison.

M^{me} Ch., vingt et un an et demi, sans profession, demeurant à Chenay le-Châtel, par Marcigny (S.-et-L.). — Entrée le 31 mars 1897. — Bonne santé antérieure, aucun antécédant tuberculeux héréditaire, jamais de glandes au cou dans le jeune âge ni d'autres signes de scrofule.

Père et mère en très bonne santé, a été enfant unique.

Menstruation toujours très régulière et s'étant continuée ainsi depuis le mariage de la malade, il y a 10 mois. Il n'y a donc eu aucun commencement de grossesse. Au moment de son mariage, le poids de la malade atteignait 64 kilos, bien qu'elle eut déjà commencé à maigrir depuis quelques mois. La santé se maintient bonne jusqu'au mois de février dernier, époque à laquelle la malade constata que son ventre était plus dur et un peu plus volumineux. L'appétit néanmoins restait bon, et il n'était survenu ni douleurs abdominales, ni nausées, ni vomissements. L'augmentation du volume du ventre fit des progrès assez rapides, si bien qu'il avait acquis des dimensions assez considérables quand la malade vint à Lyon, le 30 mars 1897.

Examinée ce jour là, il fut facile de constater les différents phénomènes suivants :

Le ventre est uniformément ballonné, douloureux à la pression, surtout à gauche ; la percussion dénote une ligne de matité à concavité supérieure, se déplaçant légèrement dans les décubitus latéraux. On perçoit nettement la sensation de flot.

Le toucher ne révèle aucune lésion utérine, mais le doigt provoque de la douleur sur les annexes des deux côtés. A l'examen thoracique : épanchement aux deux bases ; aux sommets, respiration obscure et bruit d'expiration prolongée. Chaque soir la température oscille entre 38 et 39°, tandis que le matin elle est normale.

Diagnostic : Tuberculose péritonéale consécutive à une tuberculose tubaire, avec lésions tuberculeuses des poumons.

Avril

1^{re} 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

180 42°

160 41°

140 40°

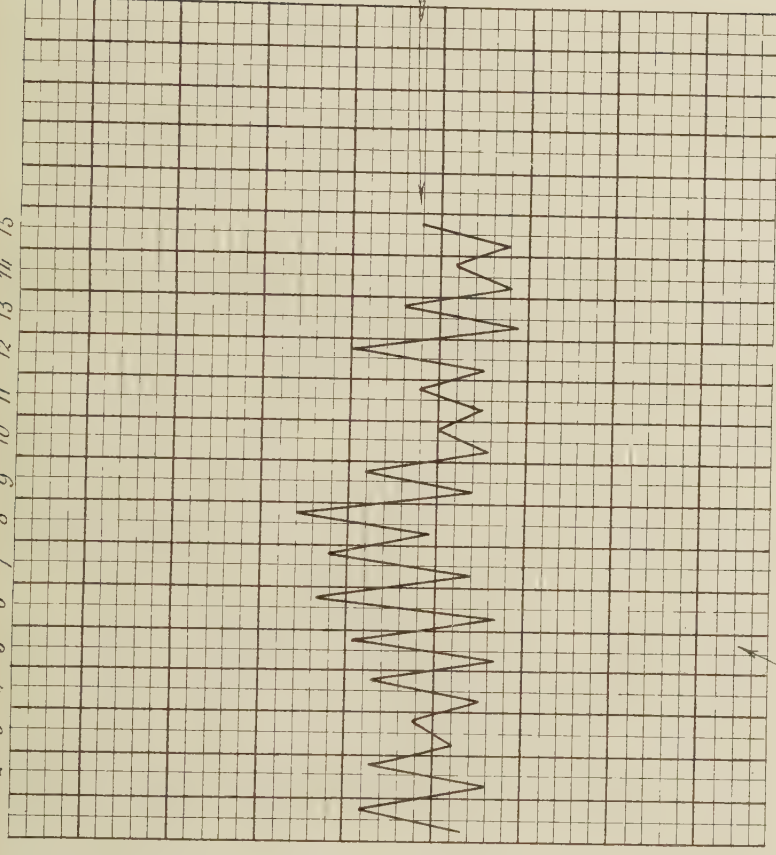
120 39°

100 38°

80 37°

60 36°

40 35°



En avril les températures
ne dépassent plus 38°
pour redevenir absolument
normales le 21 avril.

Tracé de température de l'observation XXXVI.

Opération

Léon St. Christophe, Jany.

En raison de la prédominance des signes abdominaux sur les phénomènes pulmonaires et de l'apyrexie constatée tous les matins, l'intervention est proposée et acceptée, surtout en raison de l'état d'affaiblissement de la malade qui s'accroît de jour en jour.

6 avril. — Opération. — Anesthésie à l'éther. — Incision médiane ; issue de 5 litres environ de sérosité citrine. — Épaississement considérable de l'épiploon qui est parsemé de granulations tuberculeuses, ainsi que les intestins, que de nombreuses adhérences unissent entre eux et à l'épiploon. Les trompes sont épaissies, rigides, en érection ; recouvertes de granulations tuberculeuses. En raison de la dissémination des lésions elles ne sont point enlevées et l'on ne pratique point le décollement des anses intestinales en les séparant les unes des autres. On se contente de promener dans la cavité péritonéale une éponge imbibée de solution phéniquée à 50/1000 de façon à arriver au contact de toutes les parties abordables et à exercer sur elles une friction un peu énergique.

Suites simples : La température vespérale diminue peu à peu. Lorsque la malade rentre chez elle, le 22 avril, l'épanchement ascitique ne s'est point reproduit, l'épanchement pleural a presque disparu complètement, l'appétit est excellent et l'on doit espérer une guérison prochaine.

18 août 1897. — La malade peut être considérée comme guérie, il n'existe plus aucun signe abdominal ou pleural.



CONCLUSIONS

Déjà en 1864 Brouardel insistait sur ce fait que la tuberculose tubaire n'est pas une affection rare. C'est la plus fréquente des affections de même nature des organes génitaux.

On la trouve à tous les âges, depuis dix mois jusqu'à 83 ans (Penrose et Beyea) (loco-citato). Son maximum de fréquence est de 20 à 40 ans.

Elle est d'ordinaire secondaire; mais souvent elle existe seule en dehors de toute autre manifestation de même nature.

Elle provoque les mêmes phénomènes que les affections inflammatoires des annexes, la pyosalpingite entr'autres.

De ce fait, le diagnostic est souvent difficile. On y arrivera cependant en tenant compte des antécédents héréditaires et personnels de la malade, de ce fait qu'on ne trouve ni blennorrhagie ni infection puerpérale, par la fréquence des poussées de pelvipéritonite et l'état spécial de la malade.

La salpingite tuberculeuse est non seulement un inconvénient, c'est un danger; et elle doit être traitée chirurgicalement par l'ablation complète chaque fois qu'on le peut. On interviendra dès que le diagnostic aura été posé. Ce sera la règle dans toutes les tuberculoses primitives des annexes. Dans le cas de tuberculose secondaire on interviendra encore si les autres lésions sont peu importantes, tendent à l'amélioration ou

restent stationnaires, ou bien encore si la lésion tubaire prend une importance fâcheuse.

L'opération de choix est la laparotomie médiane. L'opération sera souvent très difficile à cause de la multiplicité et de la résistance des adhérences. Il faudra toujours redouter la rupture du kyste purulent. Si cet accident arrive on y remédiera par le lavage du péritoine et le drainage.

La malade retire un bénéfice réel de l'opération parfois curatrice. Elle voit ses douleurs supprimées, et le danger d'une généralisation, si cette tuberculose est primitive disparaît. Malheureusement on voit parfois la diathèse tuberculeuse continuer ou reprendre sa marche.

Vu :

Le Président de la thèse,

A. HEYDENREICH.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 12 novembre 1897.

Le Recteur,

A. GASQUET.

BIBLIOGRAPHIE

- BROUARDEL. — Thèse Paris, 1865.
- CAYLA. — Tuberculose des trompes. Péritonite consécutive. *Bulletin de la Société anatomique*, 6 mars 1882.
- CHANDELUX. — *Province médicale*, 1889 et en outre quatre observations inédites.
- CONHEIM. — La tuberculose au point de vue de l'infection. (traduction de Musgrave. Claves, 1882).
- CORNIL. — *Bulletin Société Anatomique*, 1864 et 1866.
- CORNIL. — Leçons sur l'Anatomie pathologique des salpingites et des métrites. Paris, 1889.
- CORNIL et TERRILLON. — Anatomie et physiologie pathologique de la salpingite et de la métrite. — *Archives de physiologie* (15 nov. 1887).
- CURT JANI. — Présence de bacilles tuberculeux dans l'appareil génital (*Archives für Physiologie*, n° 105, page 173, c. 888).
- DAURIOS. — Thèse Paris, 1889.
- DELAGENIÈRE. — *Bulletin Société Anatomique*, juillet 1890.
- DE MASSIA. — Thèse Paris, 1891.
- DELBET. — Des suppurations pelviennes (Paris, 1891).
- DERVILLE. — Thèse Paris, 1887.
- DUDEFOY. — *Bulletin Société Anatomique*, 1889.
- FAURE-MILLER. — Tuberculose pulmonaire, Salpingite tuberculeuse. *Bul. Société Anatomique*, mars 1890.
- FERNET. — *Société médicale des hôpitaux*, 7 janvier 1885.
- FRERICHS. — *Beiträge zur Tuberculose*, 1882.
- GRIFFITH. — Tuberculose de l'ovaire. *Archiv. für Gynécologie*, 1889.
- GIRAUD. — Thèse Paris, 1868.
- HEGAR. — Genital Tuberculose des Weibes. Stuttgart, 1886.
- HOFFMANN. — *Monatschrift für Gynécologie*, 1895.
- HOMANS. — *The Lancet*, février 1888.

- HORTELOUP. — *Bulletin Société Anatomique*, 1882.
- HRYDENREICH. — Observation XXV.
- JACOBS. — *La Polyclinique de Bruxelles*, 1892.
- JANIN. — *Bull. Société Anatomique*, 1882.
- JEANNEL. — Salpingite tuberculeuse à forme kystique. *Gazette hebdomadaire de médecine et de médecins*, juillet 1888.
- KOTSCHAU. — *Archiv. für Gynæcologie*, xxi, 1887.
- LAWSON TAIT. — *Maladie des ovaires et des oviductes*, Paris, 1885.
- LETULLE. — *Bulletin Société Anatomique*, 1873.
- LIOUVILLE. — *Bulletin Société Anatomique*, 1872.
- MAAS. — *Archiv. für Gynæcologie*, 1895.
- MACÉ. — *Traité de Bactériologie*, 3^e édition, page 536.
- MARTIN. — *Centralblatt, für gynæcologie*, 1888.
- MARTIN. — Des affections des trompes. *Klin. Woch. Berlin*, 1886.
- MAYOR. — *Bulletin Société Anatomique*, 1881.
- MÉNÉTRIÉR. — Endométrite et salpingite tuberculeuses. *Bull. Soc. Anat.*, 1889.
- MONPROFIT. — Thèse de Paris, 1888.
- MORTON. — *Pathological Society of London*, 1894.
- MORDRET. — Thèse Paris, 1890.
- MUNSTER et ORTHMANN. — Pyosalpinx tuberculeux, *Archives für Gynæcologie*, mai 1886.
- NAMIAS. — *Lo Sperimentale*, 1850.
- NIVET. — *Bulletin Société Anatomique*, 1834.
- PELVET. — *Bulletin Société Anatomique*, 1863, 64-65.
- PENROSE et BEYEA. — Genital tuberculose. *Journal of the medical sciences*.
- PÉRION. *Bulletin Société Anatomique*, 1893.
- PILLET et GUITTON. — *Archives de tocologie*, 1893.
- POLAILLON. — Ovarites et salpingites tuberculeuses. *Bulletin Société chirurgicale*, 1890, n° 16.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*, Paris, 1890.
- POZZI. — *Bulletin de la Société Anatomique*, 1892.
- RECLUS. — *Gazette hebdomadaire*, 1885.
- REDOEHL. — *Centralbl., für Gynécologie*, 1888.

- ROUTIER et HORTELOUP. — *Bulletin Société Chirurgicale*, 1888.
ROUTIER. — *Congrès français de chirurgie*, 1891.
SCHRAMM. — *Archives für Gynæcologie*. B. 19.
SECHEYRON. — Tuberculose miliaire des poumons et des trompes.
Progrès médical, 26 mars 1887.
DE SINETY. — *Traité de Gynécologie*.
SIPPEL. — *Deutsche medicalische Woche*, 1894.
SCHWARTZ. — *Gazette médicale*. La Russie méridionale, 1897.
SPÆTH. — *Dissertation inaugurale*, (*Strasbourg*, 1885).
STEEMANN. — *Thèse de Kiel*, 1888.
TERRILLON. — *Observations rapportées dans la thèse de Massia*.
TERRILLON. — (voir Cornil).
THIERCELIN. — *Bulletin Société Anatomique*, 1889.
TORDEUS. — *La Clinique*, n° 43.
VERMEIL. — *Thèse Paris*, 1880.
VERNEUIL. — *Gazette hebdomadaire*, 1883.
WILLSON. — *American Journal obstetrical*, 1887.
WETHSON. — — —
WILLIAMS. — (Baltimore). Tuberculose of the feminal generative organs.
WIEDOW. — *Centralblatt, für Gynæcologie*, 1885. Die operative Behandlung der Genital tube.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique	9
CHAPITRE II. — Etiologie, Pathogénie	13
CHAPITRE III. — Fréquence.	20
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique	22
CHAPITRE V. — Symptomatologie.	31
CHAPITRE VI. — Diagnostic.	39
CHAPITRE VII. — Pronostic	44
CHAPITRE VIII. — Traitement	45
OBSERVATIONS	55
CONCLUSIONS	99
BIBLIOGRAPHIE	101

